Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Doctorado de la ULPGC

Departamento de Ciencias Clínicas

Tesis Doctoral

Análisis de las noticias sobre suicidio en los medios digitales de Canarias, adhesión a las recomendaciones de la OMS y efectividad de intervenciones formativas

Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro

Directores:
Francisco Javier Acosta Artiles
María Rosario Cejas Méndez

Las Palmas de Gran Canaria, abril de 2019

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

Anexo I

D JUAN FRANCISCO LORO FERRER, COORDINADOR DEL PROGRAMA DE DOCTORADO INVESTIGACIÓN APLICADA A LAS CIENCIAS SANITARIAS, DE LA ESCUELA DE DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA,

INFORMA,

Que la Comisión Académica del programa de doctorado **Autoriza** la lectura de la tesis doctoral titulada **"Análisis de las noticias sobre suicidio en los medios digitales de Canarias, adhesión a las recomendaciones de la OMS y efectividad de intervenciones formativas"** presentada por el doctorando D. **Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro** y dirigida por el Doctor **Francisco Javier Acosta Artiles** y la Doctora **María Rosario Cejas Méndez.** Dicha tesis reúne todos los requisitos exigidos por la normativa de esta Universidad para que le sea expedida la Mención Internacional en el Título de Doctor.

Y para que así conste, y a efectos de lo previsto en el Artº 11 del Reglamento de Estudios de Doctorado (BOULPGC 7/10/2016) de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, firmo la presente en Las Palmas de Gran Canaria, a 15 de abril de 2019

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
ESCUELA DE DOCTORADO

Programa de Doctorado en Investigación Aplicada a las Ciencias Sanitarias

Título de la Tesis:

Análisis de las noticias sobre suicidio en los medios digitales de Canarias, adhesión a las recomendaciones de la OMS y efectividad de intervenciones formativas

Tesis Doctoral presentada por D. Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro

Dirigida por el Dr. D. Francisco Javier Acosta Artiles

Codirigida por la Dra. Dña. María Rosario Cejas Méndez

El Director, *La Codirectora,* *El Doctorando,*

Las Palmas de Gran Canaria, abril de 2019

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Dr. D. Francisco Javier Acosta Artiles.
Psiquiatra, Doctor en Medicina y Cirugía.
Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Gran Canaria, Canarias, España.
Programa de Investigación en Salud Mental de Canarias. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Gran Canaria, Canarias, España.
Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Instituto de Salud Carlos III.
Correo electrónico: facoart@gobiernodecanarias.org

Dra. Dña. María Rosario Cejas Méndez.
Psiquiatra, Doctor en Medicina y Cirugía.
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife, Canarias, España.
Correo electrónico: mrcejas@telefonica.net

CERTIFICAN:

Que el trabajo de investigación titulado **"**Análisis de las noticias sobre suicidio en los medios digitales de Canarias, adhesión a las recomendaciones de la OMS y efectividad de intervenciones formativas**"**, ha sido realizado por D. Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro, en el Departamento de Ciencias Clínicas de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, bajo su dirección y asesoramiento técnico y científico, y que una vez revisada la presente Memoria, la encuentra apta para su defensa ante tribunal.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, extiende el presente certificado en Las Palmas de Gran Canaria, abril de 2019.

Agradecimientos

A lo largo de los años en que he realizado la tesis, e incluso antes de iniciarla, diversas personas han participado en su desarrollo. Con estas líneas les transmito mi más sincero agradecimiento.

A mis padres, por inculcarme el valor de cuidar al otro.

A los pacientes con riesgo suicida y a sus allegados, por enseñarme la importancia de la prevención en el suicidio.

A Fuerteventura, a la propia isla y a su gente, por su compañía durante la elaboración de la tesis.

A los compañeros de los centros académicos donde he realizado estancias formativas para el doctorado, Centre for Mental Health - University of Melbourne y The Hong Kong Centre for Suicide Research and Prevention - University of Hong Kong, por su disposición, acogimiento, y consejos.

A Dña. Helena Fernández-Garcimartín, por su colaboración, nuestras reflexiones sobre psiquiatría, y su gran amistad.

Al Dr. D. Jesús María González Martín y la Dra. Dña Yolanda Ramallo-Fariña, por su ayuda y conocimientos en el área estadística.

Y muy especialmente a mis directores de tesis, el Dr. D. Francisco Javier Acosta Artiles y la Dra. Dña. María Rosario Cejas Méndez, por su tiempo, saber, orientaciones, y entrega.

Dedicatoria

A las personas que en algún momento de sus vidas se han encontrado en una situación de crisis suicida, con la intención de que este trabajo sirva para afrontar las mismas.

A Almudena, por su comprensión y apoyo emocional.

Indice

Siglas y abreviaturas 6

Resumen 7

1. Introducción 11
2. Hipótesis y objetivos 13
3. Justificación 14
3.1. Suicidio: problema de Salud Pública 14
3.2. Suicidio y medios de comunicación 14
3.3. Suicidio, susceptible de ser imitado a través de los medios de comunicación 14
3.4. Efecto Werther y características negativas de las noticias sobre suicidio 15
3.5. Efecto Papageno y características positivas de las noticias sobre suicidio 19
3.6. Revisión bibliográfica sobre los factores con efecto Werther y Papageno 20
3.7. Evitabilidad de las noticias sobre suicidio 20
3.8. Recomendaciones y guías sobre cómo abordar el suicidio en los medios de comunicación 21
3.9. Uso de las recomendaciones y guías sobre cómo abordar el suicidio en los medios de comunicación 22
3.10. Ética periodística vs. marketing en el uso de las recomendaciones y guías sobre cómo abordar el suicidio en los medios de comunicación 23
3.11. Relación entre medios de comunicación y suicidólogos 23
3.12. Recomendaciones de la OMS 24
3.13. Forma de presentación del suicidio en los medios de comunicación de Canarias 26
3.14. Acciones sobre cómo presentar el suicidio en los medios de comunicación de Canarias 26
3.15. Forma de presentación del suicidio en los medios de comunicación nacionales 27
3.16. Acciones sobre cómo presentar el suicidio en los medios de comunicación nacionales 27
3.17. Acciones sobre cómo presentar el suicidio en los medios de comunicación de Australia 28
4. Material y Método 31
4.1. Tipo de estudio 31
4.2. Medios analizados y marco temporal 31
4.3. Objeto de estudio 32
4.3.1. Criterios de inclusión 32
4.3.2. Criterios de exclusión 33
4.4. Variables estudiadas 33
4.5. Evaluación de la adhesión a las recomendaciones específicas 36
4.6. Búsqueda de noticias 36
4.7. Evaluación de las noticias 37
4.8. Intervención 37
4.9. Efectividad de la intervención 38
4.10. Aprobación por Comité de Ética 39
4.11. Análisis estadístico 39
5. Resultados 40

6. Discusión 69
6.1. Adhesión a las recomendaciones de la OMS y evitabilidad de las noticias sobre suicidio 69
6.2. Frecuencia de las noticias sobre suicidio 77
6.3. Tipologías de las noticias sobre suicidio 82
6.4. Limitaciones y fortalezas 88
7. Conclusiones 90

Anexo: Protocolos de transferencia de hipertexto a estudio 96

Bibliografía 99

Evidencias. Actividades durante periodo de doctorado 112

Lista de Figuras

Figura 1. Conducta suicida influenciada por el efecto Werther y/o Papageno bajo el modelo de predisposición y sobrecarga. Adaptado Dumon y Portzky (2014)..... 18

Figura 2. Tipología según contenido de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales..... 64

Figura 3. Tipología según conducta suicida de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales..... 64

Figura 4. Evitabilidad de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales..... 64

Figura 5. Clasificación Dicotómica de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales..... 65

Figura 6. Grado de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales..... 65

Figura 7. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué no hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales..... 66

Figura 8. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales..... 67

Figura 9. Adhesión a cada recomendación específica de la OMS en las noticias sobre suicidio de periódicos digitales..... 68

Lista de Tablas

Tabla 1. Factores con efecto Werther y Papageno 15

Tabla 2. Recomendaciones de la OMS a los medios de comunicación para las noticias sobre suicidio (Acosta et al., 2017) 25

Tabla 3. Periódicos digitales más visitados con sede en Canarias, España, y Victoria (Australia) según Alexa a día 1 de mayo del 2017 32

Tabla 4. Escala de evaluación de la adhesión de las noticias sobre suicidio a las recomendaciones de la OMS 34

Tabla 5. Frecuencia de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales 40

Tabla 6. Tipología según contenido de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales 41

Tabla 7. Tipología según conducta suicida de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales 42

Tabla 8. Evitabilidad de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales 42

Tabla 9. Clasificación Dicotómica de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales 43

Tabla 10. Grado de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales 43

Tabla 11. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué no hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales 44

Tabla 12. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales 44

Tabla 13. Adhesión y no adhesión a cada recomendación específica de la OMS en las noticias sobre suicidio de periódicos digitales 45

Tabla 14. Comparativa de las noticias sobre suicidio entre los medios de Canarias y los medios nacionales 49

Tabla 15. Frecuencia de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias 50

Tabla 16. Comparativa de las noticias sobre suicidio entre La Opinión y La Provincia 52

Tabla 17. Comparativa de las noticias sobre suicidio entre los diferentes periódicos digitales nacionales 54

Tabla 18. Grado de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias y Victoria 56

Tabla 19. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué no hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias y Victoria 56

Tabla 20. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias y Victoria 57

Tabla 21. Comparativa de las noticias sobre suicidio entre los periódicos digitales de Canarias y Victoria..... 59

Tabla 22. Comparativa antes y después de la intervención en Canarias entre las noticias sobre suicidio y las noticias sobre intentos de suicidio 60

Tabla 23. Grado de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias antes y después de una intervención..... 61

Tabla 24. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué no hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias antes y después de una intervención..... 61

Tabla 25. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias antes y después de una intervención..... 62

Tabla 26. Comparativa de las noticias sobre suicidio entre los medios de Canarias antes y después de una intervención..... 63

Siglas y abreviaturas

A. Opinión: Artículo de opinión.
Adhesión: Adhesión a las recomendaciones.
AGNSPP y E: Australian Government under the National Suicide Prevention Program y Everymind.
C. jurídicas: Cuestiones jurídicas relativas a suicidio.
Causas: Causas de suicidio.
Estadísticas: Estadísticas sobre suicidio.
Experiencia: Experiencia de una persona.
FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
FSME: Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio.
INE: Instituto Nacional de Estadística.
Investigación: Investigación sobre el suicidio.
ISTAC: Instituto Canario de Estadística.
Mindframe: The Australian Government's Mindframe National Media Initiative.
MSPSI: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
N: Número.
No adhesión: No adhesión a las recomendaciones.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
Polít. y programas: Política y programas contra el suicidio.
QH: Recomendación o recomendaciones "Qué hacer".
QNH: Recomendación o recomendaciones "Qué no hacer".
DE: Desviación estándar.
Suic. asesinato: Suicidio tras un asesinato.
Suic. asistido: Suicidio asistido.
Suic. masa: Suicidio en masa.
Suic. p. famosa: Suicidio de persona famosa o pública.
Suic. p. no famosa con des. público: Suicidio de persona no famosa ni pública (y no adscribible a otra categoría) en el que exista desorden público.
Suic. p. no famosa sin des. público: Suicidio de persona no famosa ni pública (y no adscribible a otra categoría) en el que no exista desorden público.
WHO: World Health Organization.

Resumen

Introducción: Las noticias sobre suicidio pueden ocasionar un efecto contagio o un efecto protector, por lo que la OMS ha publicado recomendaciones para su redacción. La evitabilidad de tales noticias permite conocer la pertinencia de las mismas. La frecuencia de publicación y determinados tipos de noticias sobre suicidio se han asociado a tal fenómeno. Sorprendentemente, a pesar de su importancia, estas características apenas han sido estudiadas en medios de España. Por otra parte, conocer la efectividad de diferentes intervenciones que promuevan el uso de las recomendaciones, ayudaría a perfeccionarlas y desarrollar estrategias que optimicen la adhesión a las recomendaciones.

Objetivos: Evaluar las características de las noticias sobre suicidio, y la efectividad de diferentes intervenciones (puntual, y prolongada y a múltiples niveles).

Metodología: Evaluamos la adhesión a las recomendaciones de la OMS, evitabilidad, frecuencia, y tipología de las noticias sobre suicidio en los cuatro principales medios digitales de Canarias y nacionales. La adhesión se evaluó de forma dicotómica y continua mediante una escala *ad hoc*, y la evitabilidad se definió conceptualmente. Se compararon las variables estudiadas entre medios de Canarias y nacionales, entre medios de Canarias con cuatro medios de otra área en la que se ha desarrollado una intervención duradera y a múltiples niveles (Victoria, Australia), y entre medios de Canarias antes y después de una intervención puntual dirigida a los medios de comunicación. Asimismo, se compararon las variables entre los periódicos digitales de una misma área. El periodo de estudio, tanto en el análisis descriptivo como en las comparativas, fue de 6 meses.

Resultados: Los medios nacionales y de Canarias publicaron 179 noticias sobre suicidio. De estas, un 99,3% presentaron no adhesión a las recomendaciones, la media del grado de adhesión fue 3,15 (DE 4,09; rango entre +22 y -22), un 30,77% fueron evitables, un 37,99% trataron sobre suicidio-asesinato, y un 91,06% versaron sobre suicidio consumado. En la comparativa de medios de Canarias y nacionales, se halló mayor frecuencia y evitabilidad en los nacionales; esto último con tendencia a la significación. Se hallaron diferencias en la frecuencia entre los periódicos digitales de una misma área geográfica. Al comparar los medios de Canarias con los de Victoria, se halló que la adhesión dicotómica y continua, la evitabilidad, y la frecuencia eran mayores en los medios de Victoria. También se hallaron diferencias en la tipología según conducta, con predominio de noticias suicidio-asesinato en medios de Canarias. La comparación entre los periodos pre y post intervención puntual en Canarias deparó, para el periodo post intervención, mayor adhesión a las recomendaciones (tanto desde la perspectiva dicotómica como continua, si bien ambas con tendencia a la significación), pero también mayor evitabilidad y mayor frecuencia.

Conclusiones: La adhesión a las recomendaciones de la OMS es notablemente baja en las noticias sobre suicidio, y casi un tercio de estas son evitables. Dado que el efecto contagio y el efecto protector están establecidos en la literatura, es presumible que las acciones formativas a los profesionales de los medios de comunicación resulten en una acción preventiva sobre el suicidio y conductas suicidas en la población de referencia. Asimismo, las intervenciones pueden constituir un pilar esencial en mejorar la adherencia a las recomendaciones de la OMS, con el beneficio ulterior en la población.

Descriptores: Suicidio/prevención y control. Factores de Riesgo. Medios de Comunicación de Masas. Conducta Imitativa. Guías como Asunto. Organización Mundial de la Salud. Efecto contagio. Efecto Werther. Efecto protector. Efecto Papageno.

Abstract

Introduction: Suicide-related news might have either a contagion effect or a protective effect, for this reason, the WHO has published recommendations on responsible media coverage of suicide. Studying the avoidability of such news can help us establish their relevance. The frequency and certain typologies of suicide news articles have been associated to these effects. Surprisingly, despite their significance, these aspects are largely understudied in the Spanish media. Also, being aware of the effectiveness of the different interventions to promote the use of these recommendations would help redefine them and develop strategies to improve adherence to these recommendations.

Objectives: To evaluate the characteristics of suicide news articles as well as the effectiveness of different interventions (one-time, continued and multilevel interventions).

Methodology: Adherence to WHO recommendations, avoidability, frequency and typology of suicide news articles in the four main digital media of the Canary Islands and of Spain was assessed. Adherence was evaluated from a dichotomous and continuous perspective by using an *ad hoc* scale, and avoidability was defined conceptually. Different variables were compared: data from Canary Islands media with national media; data from Canary Islands media with four media from another region where a continued multilevel intervention had been implemented (Victoria, Australia); and Canary Islands media data before and after carrying out a one-time intervention. Also, variables of digital newspapers of the same area were compared. The evaluation period for both the descriptive and comparative analysis was 6 months.

Results: National media and Canary Islands media published 179 suicide news articles. Of these, 99.3% did not adhere to the recommendations. The median adherence score was 3.15 (SD 4.09; range between +22 and -22), 30.77% were avoidable, 37.99% of the news were about "suicide after murder" and 91.06% about "suicide death". National media showed higher frequency and avoidability in their news than Canary Islands media, the latter with tendency to significance. Digital newspapers in the same geographical area showed differences in frequency. When comparing Canary Islands with Victoria media, dichotomous and continuous adherence, avoidability and frequency were found to be higher in Victoria media. Differences were also found in the categories according to suicidal behaviour; news articles about murder-suicide were greater in number in the Canary Islands media. The comparison between the periods before and after the one-time intervention in the Canary Islands resulted in greater adherence in the post-intervention period (from a dichotomous and continuous perspective, both with tendency to significance), but also higher avoidability and frequency.

Conclusions: Adherence to WHO recommendations is very low in suicide news articles, and almost one third of them are avoidable. Since the literature includes the contagion and protective effects, training interventions with media professionals will presumably result in preventive measures against suicide and suicidal behaviour in the reference population.

Descriptors: Suicide/prevention & control. Risk Factors. Mass media. Imitative Behavior. Guidelines as Topic. World Health Organization. Contagion effect. Werther effect. Protective effect. Papageno effect.

1. Introducción

Existe evidencia sólida de que la exposición inadecuada del suicidio en los medios de comunicación puede producir un efecto contagio (Goldney, 2001; Pirkis y Blood, 2001a; Sisask y Värnik, 2012; Stack, 2000a, 2003, 2005). Este fenómeno adquirió el nombre de "efecto Werther", a raíz de la epidemia de suicidios que desencadenó entre los adolescentes europeos la obra de Goethe "Las desventuras del joven Werther" en 1774, en la que su joven protagonista se suicida (Pirkis y Blood, 2001a). Actualmente se estima que solo el 1% de los suicidios se informa en los medios (Pirkis et al., 2007). Estos suelen corresponder a una de las siguientes tres categorías: contexto amplio (fallo del sistema, recursos inadecuados de Salud Mental, estresores laborales), personajes famosos, y aquellos con circunstancias o métodos especialmente inusuales (Pirkis et al., 2007).

Se han identificado, en estas noticias, diversas características que se relacionan con un mayor riesgo suicida: la exposición de motivos simplistas del suicidio, relacionarlo directamente con problemas específicos previos como desencadenantes, el enfoque sensacionalista, la redacción de detalles técnicos del cómo se llevó a cabo, la glorificación del suicidio o de la persona que se ha suicidado, la omisión de las reacciones de dolor de los allegados, etc. (Niederkrotenthaler et al., 2010; O'Carroll y Potter, 1994).

A la inversa, se ha demostrado empíricamente el papel protector de los medios frente al suicidio, ya sea por la reducción de la cantidad de noticias, la no aparición, y/o el cambio de la calidad de la información en los medios (Etzersdorfer et al., 1992; Etzersdorfer y Sonneck, 1998; Motto, 1970; Niederkrotenthaler et al., 2010; Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007; Sonneck et al., 1994). A este fenómeno se le ha denominado "efecto Papageno", en referencia al personaje de la obra de Mozart "La Flauta Mágica" que es disuadido por terceros de suicidarse (Niederkrotenthaler et al., 2010). Son beneficiosas las noticias que exponen cómo prevenir el suicidio con historias de personas que en situación de desbordamiento emocional e ideación suicida buscaron ayuda, acudieron a recursos comunitarios, o expresaron alivio por haber sobrevivido a un acto suicida (Phillips et al., 1992). Incluso, noticias sobre personas con ideas de suicidio, no seguidas de tentativas ni suicidio consumado, se asociaron a una reducción de las tasas de suicidio (Niederkrotenthaler et al., 2010). Por lo tanto, la prevención del suicidio por parte de los medios de comunicación es posible (Niederkrotenthaler et al., 2010) y puede ser una contribución importante (Department of Health, 2002).

Dado que los medios de comunicación pueden tener influencia en la conducta suicida de la población, y que esta puede ser tanto perjudicial como preventiva, el trabajo en la sensibilización de los medios de comunicación se manifiesta como una prioridad. Las Guías dirigidas a los medios y la mayor co-participación entre los medios de comunicación y los sectores de Salud son elementos de gran importancia. Crear vínculos de confianza con los periodistas, establecer con ellos alianzas basadas en el periodismo ético, y ofrecerse como fuentes solventes de información pueden ser medidas efectivas y atractivas para los medios. Existen estudios que han medido el estilo de información sobre el suicidio antes y después de la publicación de recomendaciones dirigidas a los medios (Etzersdorfer y Sonneck, 1998; Fu y Yip, 2008; Pirkis et al., 2009), o tras un entrenamiento a los profesionales de la información (Michel et al., 2000). Estas intervenciones han conducido a una mayor cantidad de

noticias sobre el suicidio, pero con una mejor calidad (Maillart et al., 2007; Michel et al., 2000; Pirkis et al., 2009; Ramadas y Kuttichira, 2011). Sin embargo, dado que estos estudios no han incluido medidas de resultados sobre conductas suicidas, las conclusiones sobre su posible impacto preventivo permanecen ambiguas (Sisask y Värnik, 2012).

Teniendo en cuenta las características asociadas al efecto Werther y efecto Papageno, la OMS elaboró una serie de recomendaciones dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio (OMS 2000; WHO 2008, 2017). Se ha recomendado en España acciones a nivel nacional y/o autonómico encaminadas a promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y de otras similares que favorezcan un adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación (MSPSI, 2011a).

Desde la publicación de las recomendaciones de la OMS la implicación de los diferentes países en la promoción de estas recomendaciones y otras acciones paralelas ha sido desigual. En algunos países se han desarrollado acciones en esta línea desde hace años. Un ejemplo es Australia, donde el Ministerio de Sanidad financia Australian Government's Mindframe National Media Initiative (Mindframe), en el contexto de un programa nacional de prevención del suicidio, y cuyo objetivo es fomentar una redacción responsable de las noticias sobre suicidio (y de la salud mental en general) en los medios de comunicación australianos. Mindframe lleva participando desde hace más de 20 años en la formación de estudiantes de Periodismo, desarrollando recomendaciones nacionales, orientando y formando a periodistas en activo, creando soportes web para periodistas, colaborando en la redacción de códigos de prácticas de los periódicos australianos, entre otras acciones (AGNSPP y E, 2018). En España no se ha puesto en marcha ninguna iniciativa para mejorar la exposición del suicidio en los medios de comunicación (como podría ser la similar a la australiana), como tampoco en el caso de Canarias.

2. Hipótesis y objetivos

Un primer paso conveniente resulta el estudio de la situación; esto es, un análisis de las noticias sobre suicidio en Canarias y España, así como de la adhesión a las recomendaciones de la OMS. La comparativa entre regiones sin y con intervenciones sobre cómo presentar el suicidio en los medios, como es Canarias y Victoria (Australia) respectivamente, es interesante para conocer la idoneidad o no de tales actuaciones. Se puede especular que la adhesión a las recomendaciones de la OMS será mayor en las regiones donde se ha actuado. Por último, dado que en Canarias se desarrolló por primera vez, durante el año 2017, una acción formativa dirigida a los medios de comunicación de la Comunidad, resulta de interés conocer el grado de impacto de esta intervención. Se puede conjeturar que habrá una mayor adhesión a las recomendaciones de la OMS tras la enseñanza.

Bajo estos argumentos, se plantean para este estudio los siguientes objetivos:

Objetivos:

1. Evaluar la frecuencia, tipología, y evitabilidad de las noticias sobre suicidio en la prensa digital de Canarias y España.
2. Evaluar la adhesión de la prensa digital de Canarias y España a las recomendaciones generales de la OMS sobre el tratamiento de las noticias sobre suicidio.
3. Evaluar la adhesión a las diferentes recomendaciones específicas de la OMS.
4. Identificar diferencias entre los medios de comunicación analizados en las variables estudiadas.
5. Comparar la adhesión a las recomendaciones de la OMS y potencial evitabilidad, de las noticias sobre suicidio en la prensa digital de Canarias y otra área en la que se haya desarrollado una intervención duradera y a múltiples niveles (Victoria, Australia).
6. Evaluar la efectividad de una intervención formativa puntual dirigida a los medios de comunicación de Canarias, en cuanto a la adhesión a las recomendaciones de la OMS y evitabilidad.

3. Justificación.

3.1. Suicidio: problema de Salud Pública.

El suicidio es un problema grave de Salud Pública. A nivel mundial, el suicidio supone cerca de 800.000 muertes al año, encontrándose como la decimoctava causa de muerte y segunda en las edades comprendidas entre los 15 y 29 años (WHO, 2019). Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2017, el número de suicidios nacionales en España presentó su cifra más alta en el 2014; y el suicidio ha supuesto la principal causa externa de muerte desde el 2008 (INE, 2019a; FSME, 2018). En Canarias, el año con mayor número de suicidios fue el 2017 (200 fallecidos) (INE, 2019a). España y Canarias presentaron en el 2016 una tasa de suicidio en el rango medio según la clasificación de la OMS; pero Canarias tiene una tasa superior a la media de España: 8,19 y 7,46 suicidios por 100.000 habitantes, respectivamente (FSME, 2018).

3.2. Suicidio y medios de comunicación.

El suicidio, al ser un tema de Salud Pública, precisa ser abordado por todos, incluida la propia ciudadanía. Para ello, es necesario una correcta educación e información sobre el tema, y en este sentido los medios de comunicación tienen un papel fundamental (Commonwealth of Australia, 2002; Jamieson et al., 2003; WHO 2008).

La publicidad social (por ejemplo, a través de los medios de comunicación) típicamente activa mecanismos de defensa psicológica en la audiencia más que la publicidad convencional (Hastings et al., 2004). Por tanto, los medios de comunicación son beneficiosos para reducir el estigma del suicidio y las enfermedades mentales, e informar de la idoneidad de solicitar ayuda en situaciones de crisis (Niederkrotenthaler et al., 2014).

Se ha estimado que solo el 1% de los suicidios se informan en los medios (Pirkis et al., 2007). Los suicidios publicados en los medios no son representativos de los datos oficiales de suicidio (Niederkrotenthaler et al., 2009a) y dichas noticias son selectivas respecto a la información; por lo que actualmente los medios no son una buena fuente de información sobre el suicidio (Jamieson et al., 2003; Niederkrotenthaler et al., 2014) si bien son más asequibles que los datos oficiales de suicidio para la sociedad (Au et al., 2004).

3.3. Suicidio, susceptible de ser imitado a través de los medios de comunicación.

El suicidio es un fenómeno multifactorial (MSPSI, 2011a). Uno de los factores de riesgo son las situaciones que favorezcan la imitación, ya que el suicidio puede ser un comportamiento susceptible de ser imitado (MSPSI, 2011a). Los medios de comunicación son parte del entorno social en el que las conductas suicidas pueden ser aprendidas (Schmidtke y Häfner, 1989).

Los medios de comunicación tienen un papel significativo en la sociedad y ejercen una fuerte influencia sobre las actitudes, creencias y comportamientos de la comunidad. Debido a ello, los medios de comunicación podrían tener una actuación determinante en la conducta imitativa del suicidio (Stack, 1996).

3.4. Efecto Werther y características negativas de las noticias sobre suicidio.

Existe evidencia sólida que la exposición a noticias que tratan sobre suicidio puede producir un efecto contagio en el lector (Pirkis y Blood, 2001a; Romer et al., 2006; Sisask y Värnik, 2012; Stack, 2000a, 2003, 2005). Este fenómeno se denomina efecto Werther. El termino proviene de la novela de 1774 "Las penas del joven Werther" (Goethe, 2011), donde el adolescente protagonista se suicida disparándose por un desamor. Tras la publicación del libro tuvo lugar una oleada de suicidios en los jóvenes europeos, estableciéndose una relación causal (Herrera et al., 2015; Pirkis et al., 2006a).

El efecto contagio depende, tanto de la cantidad de noticias sobre suicidio, como de la calidad de las mismas. Se han identificado diversas características nocivas en las noticias sobre suicidio (recogidas en la Tabla 1) cuya presencia ocasionan mayor probabilidad de efecto Werther (Pirkis et al., 2006b; Pirkis y Blood, 2001a). Por ejemplo, una de estas características perniciosas más ampliamente estudiada es publicar el suicidio de un famoso (Chen et al., 2010; Cheng et al., 2007a; Fu y Yip, 2009; Hegerl et al., 2013; Niederkrotenthaler et al., 2012; Queinec et al., 2011; Stack, 1987; Tatum et al., 2010; Tousignant et al., 2005; Yip et al., 2006) llegando a ocasionar un efecto contagio de 5,27 veces (Stack, 2005) hasta 14,3 veces más riesgo de suicidio que en un periodo sin noticias (Stack, 2000a, 2002, 2003). En un metanálisis realizado por Niederkrotenthaler et al. (2012) calcularon una estimación combinada de cambio en las tasas de suicidio (suicidios por cada 100.000 habitantes) de 0,26 (IC 95%: 0,09 a 0,43) en el mes posterior a la publicación del suicidio de un famoso.

Tabla 1. Factores con efecto Werther y Papageno.

Factores con efecto Werther
Exponer la conducta suicida de un famoso (Cheng et al., 2007a; Dumon y Portzky, 2014; Maloney et al., 2014; Niederkrotenthaler et al., 2012; Stack, 1987; 2000a, 2002, 2003, 2005; Tatum et al., 2010; Tousignant et al., 2005; Yip et al., 2006).
Definir el método suicida y/o detalles técnicos del mismo (Dumon y Portzky, 2014; Maloney et al., 2014; Niederkrotenthaler et al., 2010; Pirkis y Blood, 2001a; Stack, 2005; Tatum et al., 2010).
Presentar métodos de suicidio que se apartan de los patrones usuales (WHO, 2008; Yang et al., 2013).
Informar de métodos de suicidio que provoquen muerte inminente y/o no sufrimiento (Niederkrotenthaler et al., 2010).
Etiquetar lugares como "puntos calientes de suicidio" (American Foundation for Suicide Prevention y Centers for Disease Control and Prevention, 2001; OMS, 2000; Samaritans, 2013; WHO, 2008), o informar de la presencia de escenarios tradicionalmente asociados con actos suicidas (p. ej. puentes, acantilados, etc.) (Dumon y Portzky, 2014; Hamilton et al., 2011; Maloney et al., 2014; Niederkrotenthaler et al., 2010).
Relacionar directamente la conducta suicida con problemas específicos, y presentarla como algo simplista (Maloney et al., 2014; Niederkrotenthaler et al., 2010; OMS, 2000; Samaritans, 2013; WHO, 2008).
Presentar la conducta suicida como algo inexplicable (p. ej. "tenía todo a su favor") (OMS, 2000; WHO, 2008).
Normalizar la conducta suicida, presentarla como algo compresible ante determinadas circunstancias estresantes de la vida (Dumon y Portzky, 2014; Fekete y Schmidtke, 1995; Frei et al., 2003; Maloney et al., 2014).
Referirse al acto suicida como "para llamar la atención" o "gesto parasuicida" (Tatum et al., 2010).
Expresiones sensacionalistas, románticas, grandilocuentes, dramáticas, exageraciones, y/o especulaciones sobre la conducta suicida (p. ej. "estarán unidos en la eternidad") (Hong Kong

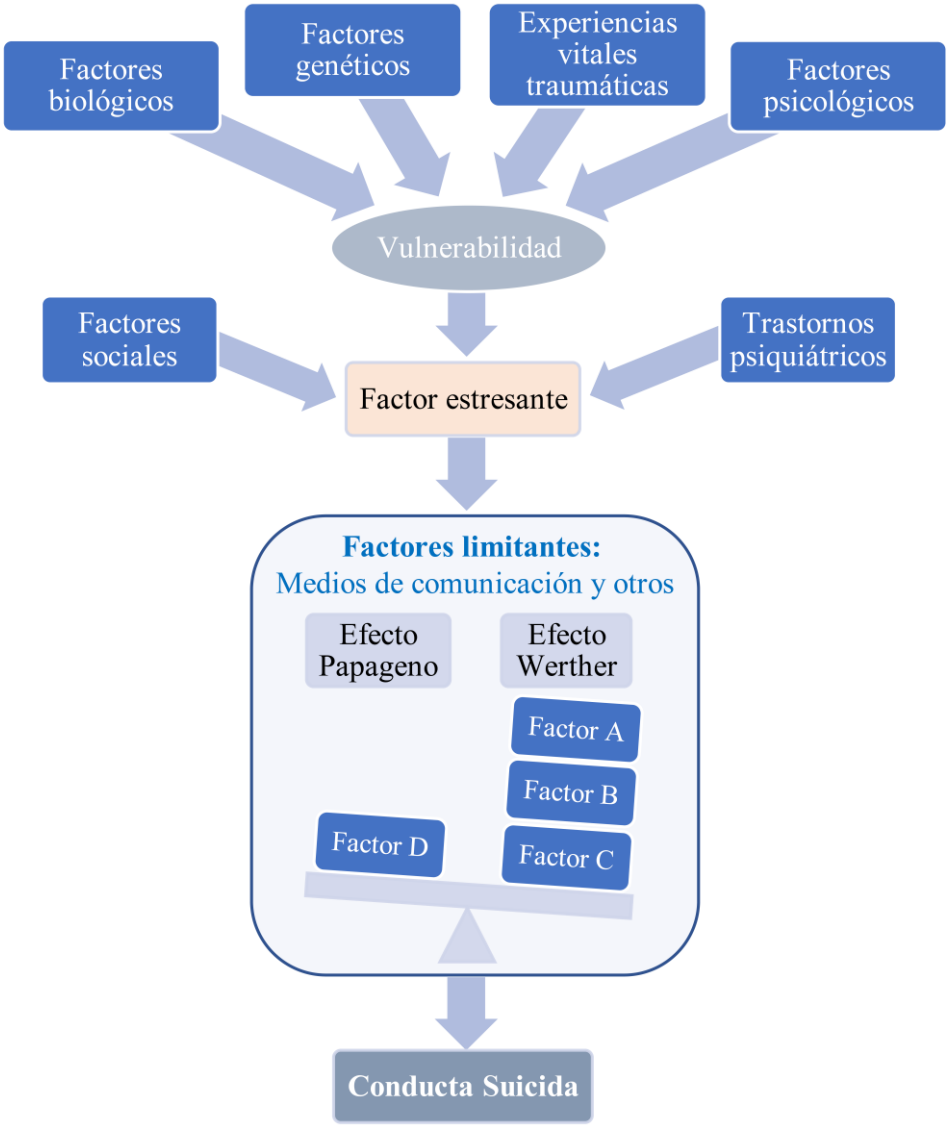
Jockey Club Centre for Suicide Research and Prevention, s.f.; Maloney et al., 2014; Nutt et al., 2015; Yang et al., 2013).
Glorificación del suicidio o de la persona que ha realizado una conducta suicida, presentarlo de una forma heroica (Maloney et al., 2014; MediaWise Trust, s.f.; Pirkis y Blood, 2001a; Stack, 2005).
Presentar el suicidio como un logro y no como un hecho, o uso de expresiones que connotan que matarse a uno mismo es un éxito (p. ej. intento de suicidio "fallido", "sin éxito", "frustrado", etc.) (Dumon y Portzky, 2014; Maloney et al., 2014; Penrose-Wall et al., 1999; Samaritans, 2013).
Expresiones que estigmatizan el suicidio (p. ej. "un enloquecido intentó suicidarse", "un suicida solitario se perturba" o "se volvió loca y se tiró") (Niederkrotenthaler et al., 2014; Penrose-Wall et al., 1999).
Expresiones que sugieran criminalidad de la conducta suicida (p. ej. "cometer un suicidio") (Annenberg Public Policy Center, 2001; Maloney et al., 2014; Samaritans, 2013; Tatum et al., 2010).
Usar estereotipos religiosos o culturales sobre el suicidio (OMS, 2000).
Redactar mitos sobre el suicidio (Commonwealth of Australia, 2002; Dumon y Portzky, 2014; Niederkrotenthaler et al., 2010; Samaritans, 2013).
Alarmar sobre las tasas de suicidios (con expresiones como p. ej. "epidemias de suicidios", "las tasas de suicidio están fuera de control", "la angustiante nueva tendencia suicida", "el suicidio está en su punto más alto") (Maloney et al., 2014; Niederkrotenthaler et al., 2010; OMS, 2000; Penrose-Wall et al., 1999).
Presentar varios suicidios independientes como secuenciales o con similitudes (Niederkrotenthaler et al., 2010).
Publicar pactos suicidas o suicidios en masa (Maloney et al., 2014; Niederkrotenthaler et al., 2010).
Mencionar páginas web o foros online suicidas (Maloney et al., 2014). Aludir a grupos de suicidio (Maloney et al., 2014).
Culpabilizar o responsabilizar del suicidio a terceros (Nutt et al., 2015; OMS, 2000; WHO, 2008).
Exponer el nombre de la persona que ha realizado una conducta suicida (Au et al., 2004; Maloney et al., 2014; Niederkrotenthaler et al., 2010).
Describir el carácter de la persona que ha realizado una conducta suicida (Niederkrotenthaler et al., 2010).
Escribir en el titular la palabra "suicidio" (Niederkrotenthaler et al., 2010; Penrose-Wall et al., 1999; Samaritans, 2013; Tatum et al., 2010), el método (Annenberg Public Policy Center, 2001; Dumon y Portzky, 2014; Niederkrotenthaler et al., 2010; OMS, 2000; WHO, 2008), o el lugar del suceso (OMS, 2000).
Colocar la noticia en la portada, cabecera, o en primer lugar del periódico (Centre for Policy Alternatives, 2003; Dumon y Portzky, 2014; Maloney et al., 2014; Nutt et al., 2015).
Tamaño amplio de la noticia (Nutt et al., 2015).
Uso de imágenes (Maloney et al., 2014; OMS, 2000; Samaritans, 2013; Tatum et al., 2010; WHO, 2008;).
Mencionar consecuencias positivas de un suicidio (p. ej. "tras el suicidio … sus padres separados se unieron más y se reconciliaron") (Maloney et al., 2014; Samaritans, 2013).
Factores con efecto Papageno
Publicitar indicadores de riesgo y señales de advertencia de conducta suicida (American Foundation for Suicide Prevention et al., 2018; Hong Kong Jockey Club Centre for Suicide Research and Prevention, s.f.; MediaWise Trust, s.f.; Schwartz-Lifshitz et al., 2012).
Informar cómo actuar si una persona presenta indicadores de riesgo y señales de advertencia de conducta suicida (American Foundation for Suicide Prevention et al., 2018; Maloney et al., 2014; Samaritans, 2013; Schwartz-Lifshitz et al., 2012).
Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios para personas con ideas o actos suicidas (Dumon y Portzky, 2014; Maloney et al., 2014; Niederkrotenthaler et

al., 2010; Penrose-Wall et al., 1999).
Clarificar que se puede superar una crisis en contexto de la cual puedan surgir ideas suicidas (Dumon y Portzky, 2014). Presentar casos de personas que consiguen dominar circunstancias adversas al poner en práctica recursos de afrontamiento (Maloney et al., 2014; Niederkrotenthaler et al., 2010). Publicar casos de personas con ideación suicida no seguido por un intento suicida consumado (Niederkrotenthaler et al., 2010).
Exponer formas sobre cómo lidiar activamente contra la ideación suicida, haciendo hincapié en que existen otras alternativas al suicidio (Kapusta y Sonneck, 2012; Niederkrotenthaler et al., 2014).
Trasmitir mensajes de esperanza a personas con ideación o actos suicidas (American Foundation for Suicide Prevention et al., 2018).
Subrayar los factores protectores del suicidio (Dumon y Portzky, 2014).
Educar sobre la conducta suicida (American Foundation for Suicide Prevention y Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Samaritans, 2013; WHO, 2008) y recordar que una variedad de factores contribuye al suicidio (Commonwealth of Australia, 2002; OMS, 2000).
Enfatizar en la diferencia entre etiologías y desencadenantes de la conducta suicida (Dumon y Portzky, 2014).
Transmitir mensajes sobre la frecuente asociación entre las enfermedades mentales (especialmente la depresión) y el comportamiento suicida, y que los trastornos psiquiátricos son tratables y prevenibles (Dumon y Portzky, 2014; Maloney et al., 2014; Penrose-Wall et al., 1999; Schwartz-Lifshitz et al., 2012; WHO, 2008).
Exponer que existen avances en los tratamientos psiquiátricos (American Foundation for Suicide Prevention et al., 2018; Annenberg Public Policy Center, 2001).
Presentar historias de personas con ideación o actos suicidas en los que un tratamiento los ayudó a salvar sus vidas (Annenberg Public Policy Center, 2001).
Describir consecuencias físicas de los intentos de suicidio (Niederkrotenthaler et al., 2010; OMS, 2000).
Enfatizar en lamentar la muerte de la persona fallecida por un suicidio (OMS, 2000).
Ofrecer un mensaje de solidaridad a los sobrevivientes de un suicidio, proporcionando números de teléfono de grupos de apoyo para sobrevivientes, tratarlos con sensibilidad, y respetar su privacidad (Chapple et al., 2013; Penrose-Wall et al., 1999; Samaritans, 2013).
Exponer que en la redacción del artículo se ha trabajado con autoridades de la Sanidad (p. ej. a la hora de presentar los hechos) (OMS, 2000).
Citar a un experto en suicidios (American Foundation for Suicide Prevention et al., 2018; OMS, 2000) o fuentes fiables de información (American Foundation for Suicide Prevention y Centers for Disease Control and Prevention, 2001; OMS, 2000).
Declaración de un profesional que trata con personas que cometen actos suicidas (p. ej. médicos, policías, bomberos, etc.) (Niederkrotenthaler et al., 2010).
Exponer programas de prevención para el suicidio (Niederkrotenthaler et al., 2010).
Presentar investigaciones sobre el suicidio (Niederkrotenthaler et al., 2010).
No solo trasmitir los problemas del difunto, sino también aspectos positivos para crear una imagen más moderada (Annenberg Public Policy Center, 2001).
Presentar los datos de una manera objetiva, y solo aquellos que sean relevantes (OMS, 2000).
Desmontar mitos sobre el suicidio y clarificar realidad del tópico (Maloney et al., 2014; Mann et al., 2005; Niederkrotenthaler et al., 2010).

Como norma general, los participantes de estudios donde se evaluaba las actitudes hacia el suicidio y la probabilidad de cometer un acto suicida tras la lectura de una noticia sobre suicidio afirmaban que no se sentían influenciados por tal información (Gibson y Range, 1991; Higgins y Range, 1996; McDonald y Range, 1990). Varios estudios proponen que el efecto Werther está presente sólo en determinados grupos vulnerables (Fekete y Schmidtke, 1995; Kral, 1994), y que el grado de influencia de los medios depende de la receptividad de tal público (Stack, 1992). Esto puede ser entendido desde

un enfoque biopsicosocial del suicidio, bajo el modelo "diathesis stress model" (modelo de predisposición y sobrecarga) de Van Heeringen (2001), donde el efecto Werther es un factor precipitante del suicidio (Figura 1). Las características y circunstancias del lector de una noticia sobre un suicidio determinarán qué emociones le ocasiona la noticia, qué significado e interpretación le confiere a la noticia, qué motivaciones le genera, y la duración y utilización de tales efectos. Las personas procesan y transforman con símbolos las experiencias (en nuestro caso: la noticia sobre suicidio) en modelos cognitivos que actuarán de guía de juicio y acción en el lector. Un ejemplo al respecto, es la tendencia a conductas de imitación tras la lectura de una noticia sobre suicidio en las personas con depresión (Cheng et al., 2007b; WHO, 2008) y en las que han realizado un intento suicida reciente (Cheng et al., 2007b).

Figura 1. Conducta suicida influenciada por el efecto Werther y/o Papageno bajo el modelo de predisposición y sobrecarga. Adaptado de Dumon y Portzky (2014).



Una de las teorías más populares para explicar el efecto Werther es la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura. Dicha teoría expone que, si las personas ven consecuencias positivas en la conducta observada, es más probable que la imiten, tomen como modelo y adopten (Bandura, 2001). Es por ello que los medios de comunicación refuerzan los comportamientos suicidas al presentarlos con normalidad, glorificarlos, etc. Esta teoría explica la imitación del mismo método suicida (Chen et al., 2010; Cheng et al., 2007a; Fu y Yip, 2009; Hegerl et al., 2013; Niederkrotenthaler et al., 2009b; Yip et al., 2006) especialmente cuando es poco común (Chen et al., 2010; Chen et al., 2011; Chung y Leung, 2001; Fekete y Macsai, 1990; Hawton et al., 1999). Una explicación del efecto contagio del suicidio de famosos es que estos son modelos positivos, que repentinamente son incapaces de hacer frente a la vida, creando gran desconcierto y disonancia cognitiva en la audiencia (Tousignant et al., 2005).

La conducta imitativa del suicidio tiene una mayor probabilidad de ocurrir cuando el lector se identifica de alguna manera con la víctima del suicidio y comparte con ella algunas características (Blood y Pirkis, 2001; Dumon y Portzky, 2014; Hawton y Williams, 2005; Stack, 1990; WHO, 2008), como sería el género (Chen et al., 2012; Cheng et al., 2007a; Fu y Yip, 2009; Niederkrotenthaler et al., 2009b; Pirkis et al., 2006b; Sisask y Värnik, 2012), la edad (Hung y Rabin, 2009; Motto, 1970; Niederkrotenthaler et al., 2009b; Sisask y Värnik, 2012; Stack, 1990; Yip et al., 2006), similar clase social (Niederkrotenthaler et al., 2009b), etnicidad (Fekete y Macsai, 1990; Stack, 1991), cercanía geográfica (Liu et al., 2007; Phillips, 1974; Romer et al., 2006), etc. Estas nociones pueden ser explicadas por la Teoría de la Identificación Diferencial, donde una persona decidiría el suicidio en la medida que se identifica con personas desde cuya perspectiva la conducta suicida parece aceptable (Stack, 1991). Explicaría la mayor probabilidad de que el lector imitara el acto suicida cuando la noticia trata sobre el suicidio de un famoso venerado por él (Bandura, 2001; Blood y Pirkis, 2001; Ji et al., 2013; Niederkrotenthaler et al., 2009b; OMS, 2000; Tatum et al., 2010; Yip et al., 2006).

Existen numerosos estudios que han detectado el efecto dosis-respuesta del efecto Werther (Phillips, 1974, Phillips y Carstensen, 1986; Stack, 1990; Wasserman, 1984). También se ha detectado que el efecto contagio depende de la temática de las noticias sobre suicidio, tanto en el contenido, como en la conducta suicida expuesta (Pirkis et al., 2006b).

3.5. Efecto Papageno y características positivas de las noticias sobre suicidio.

La presencia de prensa sin noticias sobre suicidios se ha relacionado con la disminución de estos (Mann et al., 2005). Pero los medios de comunicación no deben limitarse a medidas restrictivas o de censura, ya que una redacción responsable de las noticias sobre suicidio puede tener un efecto protector sobre el comportamiento suicida (Niederkrotenhaler et al., 2010). Niederkrotenhaler et al. (2010) acuñaron a tal resultado como efecto Papageno, personaje de la ópera de Mozart “La Flauta Mágica” desesperado por encontrar el amor, cuyo suicidio planificado lo evitan tres espíritus infantiles que le recuerdan las alternativas a la muerte (Herrera et al., 2015; Niederkrotenthaler et al., 2010). Existe evidencia científica del efecto protector contra el suicidio de los medios de comunicación, ya sea por no aparición de prensa, reducción de la cantidad de noticias, o por cambio de la calidad de la información en los medios (Etzersdorfer et al., 1992; Etzersdorfer y Sonneck, 1998; Motto, 1970; Niederkrotenthaler et al., 2010; Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007; Sonneck et al., 1994).

La teoría del Aprendizaje Social expone que, al igual que las noticias sobre suicidio pueden ejercen el efecto Wherther, los medios pueden conseguir un efecto protector contra el suicidio a través de un modelo positivo (Stack, 2000b). Se han identificado diversas características favorables de las noticias sobre suicidio que previenen tal conducta (recogidas en la Tabla 1). Por ejemplo, la información en prensa sobre ideas de suicidio (no seguidas de tentativas, ni suicidio consumado) se asoció a una reducción de las tasas de suicidio. Probablemente tiene que ver con un mecanismo de identificación, al tiempo que se transmite subliminalmente que se adoptó una postura de "seguir viviendo", estableciendo mecanismos de afrontamiento positivos en circunstancias adversas, en lugar de optar por el suicidio (Niederkrotenthaler et al., 2010). Debido a la capacidad de autoregulación de las personas por las sanciones y demandas externas: si una noticia expone el suicidio como algo sancionable, el lector con riesgo suicida se distanciará de tal acto.

3.6. Revisión bibliográfica sobre los factores con efecto Werther y Papageno.

Para la identificación y registro de factores implicados en el efecto Werther y Papageno se realizó una búsqueda en Medline – PubMed en enero del 2017. La búsqueda se restringió a humanos y al campo Título, y se utilizaron las siguientes combinaciones de palabras: suicid* media, suicid* newspapers, suicid* Werther, y suicid* Papageno.

En total 200 artículos fueron identificados (167 con 'suicid* media', 7 con 'suicid* newspapers', 23 con 'suicid* Werther', y 3 con 'suicid* Papageno'). Seguidamente, se descartaron los artículos escritos en un idioma diferente al inglés (32 artículos, de los cuales 10 estaban duplicados). A continuación, se retiraron los artículos duplicados (21 artículos). Por último, se seleccionaron los artículos que cumplían todos los siguientes criterios de inclusión (43 artículos) consistentes en a) artículos que son una investigación, un metanálisis, una revisión, o una carta al editor b) el título y/o abstract expone que en el contenido del artículo se presentan recomendaciones sobre cómo abordar el suicidio en los medios de comunicación, c) el material que se analiza es sobre medios de comunicación no ficticios.

De la lectura de los artículos y documentos previos, se obtuvieron diferentes elementos susceptibles de aparecer en las noticias sobre suicidio, que fueron clasificados como: a) Factor con efecto Werther si su presencia genera contagio suicida en el lector, b) Factor con efecto Papageno si su presencia no solo no contagia al lector de un suicidio, sino que opera en contra de ello. El conjunto de tales caracteres de las noticias sobre suicidio con efecto Werther y Papageno se recoge en la Tabla 1.

3.7. Evitabilidad de las noticias sobre suicidio.

El suicidio frecuentemente resulta una noticia relevante, y probablemente será reportado (O'Carroll y Potter, 1994). Existen determinadas noticias sobre suicidio que son ineludibles publicarlas porque importan a la audiencia. Las noticias sobre suicidio son más propensas a ser informadas, presentan mayor interés periodístico, cuando cumplen uno o más de los siguientes tres criterios: a) persona pública, b) ocurrencia en lugar público con interrupción de las rutinas normales de la sociedad, y c) suicidio de una persona que ha realizado un asesinato previamente (Jamieson et al., 2003; Machlin et al., 2013). Por beneficios comerciales y motivos competitivos, es razonable no esperar que los periodistas no cubran suicidios como los de personajes famosos (Jamieson et al., 2003), siendo difícil de evitar la propagación de tal tipo de noticia (Yang et al., 2013). Sin embargo, existen otras noticias con potencial evitabilidad, entendiendo tal concepto

como la falta de pertinencia informativa. Más allá de la pregunta "¿esta noticia tiene un efecto potencial perjudicial, neutro o beneficioso?". La evaluación de la evitabilidad buscaría responder a la pregunta "¿esta noticia podría haberse evitado?".

3.8. Recomendaciones y guías sobre cómo abordar el suicidio en los medios de comunicación.

A nivel internacional, sólo el 25% de los códigos éticos de determinados medios de comunicación incluyen información sobre cómo publicar los comportamientos suicidas. Dado que se supone que los códigos éticos son conocidos por todos los periodistas de tal medio, esto parece ser una forma eficaz de aumentar la conciencia sobre el efecto Werther. Por lo tanto, todos los códigos éticos de los medios deberían contener cómo reportar el suicidio. En particular, debería agregarse dónde solicitar ayuda cuando se publican comportamientos suicidas (algo que actualmente, sólo se incluye en el 11% de los códigos éticos) (Maloney et al., 2014).

Una de las orientaciones reconocidas de Salud Pública en la prevención del suicidio es conseguir que los medios informen de forma responsable sobre los comportamientos suicidas (Department of Health, 2002; Mann et al., 2005; Pirkis et al., 2006a; Wasserman, 2001; WHO, 2010; Zalsman et al., 2016). Para ello, se han desarrollado guías por diversas entidades: *Reporting on Suicide: Recommendations for the Media* (American Foundation for Suicide Prevention y Centers for Disease Control and Prevention, 2001), *Recommendations for the Media* (Annenberg Public Policy Center, 2001), *Suicide Sensitive Journalism Handbook* (Centre for Policy Alternatives, 2003), *Reporting suicide and mental illness: A resource for media professionals* (Commonwealth of Australia, 2002), *Suicide and the Media: Recommendations on Suicide Reporting for Media Professionals* (Hong Kong Jockey Club Centre for Suicide Research and Prevention, s.f.), *The Media and Suicide: Guidance for Journalists from Journalists* (MediaWise Trust, s.f.), *Responsible reporting on mental health, mental illness and death by suicide. A practical guide for Journalist by National Union of Journalists* (National Union of Journalists, 2014), *Suicide and the Media: The Reporting and Portrayal of Suicide in the Media* (New Zealand Ministry of Health, 1999), *Media guidelines for reporting suicide and self-harm* (Samaritans, 2013), *Media guidelines for reporting on suicide: 2017 update of the Canadian Psychiatric Association policy paper* (Sinyor et al., 2018), etc.

Varios estudios avalan que la adscripción a este tipo de guías reduce el efecto Werther (Bohanna y Wang, 2012; Crane et al., 2005; Etzersdorfer y Sonneck, 1998; Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007; Pirkis et al., 2006a; Pirkis y Blood, 2001a), disminuye la cantidad de noticias sobre suicidio (Jamieson et al., 2003; Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007), mejora la calidad de las noticias sobre suicidio (Fu et al., 2011; Fu y Yip, 2009; Maillart et al., 2007; Michel et al., 2000; Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007; Pirkis et al., 2009), y conciencian a los periodistas del uso de las mismas (Skehan et al., 2006; Tully y Elsaka, 2004). Asimismo, el entrenamiento en las recomendaciones de las guías a editores y periodistas también ha resultado efectivo (Skehan et al., 2006).

Preparar una noticia sobre un suicidio puede remover las experiencias del propio periodista, particularmente en las comunidades pequeñas y muy unidas donde los profesionales de los medios de comunicación tienen fuertes conexiones locales (OMS 2000; Samaritans, 2013). Por lo que el uso de las recomendaciones y guías tiene un

efecto beneficio no solo sobre la audiencia del medio, sino también sobre los periodistas.

3.9. Uso de las recomendaciones y guías sobre cómo abordar el suicidio en los medios de comunicación.

Muchos periodistas no usan las guías porque: a) son escépticos o no son conscientes del potencial contagio de las noticias sobre suicidio (Collings y Kemp, 2010; Jamieson et al., 2003; MSPSI, 2011a; Tully y Elsaka, 2004); b) consideran que las guías son paternalistas, censoras de información (Tully y Elsaka, 2004), y delimitan la libertad de prensa (Collings y Kemp, 2010; Tully y Elsaka, 2004); o c) no tienen conocimiento de su existencia (Collings y Kemp, 2010; Jamieson, 2001) o de la idoneidad de su uso (Bohanna y Wang, 2012).

Algunos profesionales de los medios de comunicación pueden no informar sobre un suicidio por prudencia o miedo a equivocarse en el modo de enfocar la noticia. Pero el hecho de no comunicar acerca de la conducta suicida supone desperdiciar y desaprovechar una interesante y útil herramienta para la prevención del suicidio como son los medios de comunicación, e incluso incrementar el tabú que habitualmente rodea a todo lo relacionado con el suicidio en nuestra sociedad (Dumon y Portzky, 2014). La adscripción a las guías sobre cómo abordar el suicidio es una forma de evitar riesgos y realizar un trabajo preventivo sobre el suicidio. Siguiendo el modelo explicativo de predisposición y sobrecarga de la conducta suicida, esta depende de factores limitantes que aumenten el riesgo (como podrían ser los factores con efecto Werther de una o varias noticias) o generen un efecto protector (factores con efecto Papageno) (Figura 1). La adscripción a las guías ocasionaría una inclinación de la balanza hacia estos últimos.

La publicación de guías y la monitorización de los periódicos no son suficientes para erradicar el efecto Werther (Au et al., 2004). La diseminación activa y directa de las guías a los medios de comunicación influye positivamente en el uso de las mismas (Pirkis et al., 2006a), como por ejemplo ocurrió en Suiza (Michel et al., 2000), al contrario del fracaso en Estados Unidos al no llevarse esto a cabo (Jamieson et al., 2003; Tatum et al., 2010).

A pesar de las similitudes en el contenido de las diferentes guías, hay una significativa variación en la involucración de los medios de comunicación en el desarrollo, difusión y promoción de tales directrices. Este aspecto puede influir en el uso y la eficacia de las guías (Pirkis et al., 2006a). Uno de los factores más importantes en la efectividad de las guías es la participación de los medios de comunicación en su redacción (Collings y Kemp, 2010). Algunos ejemplos como Reino Unido (MediaWise Trust), Australia (Australian Department of Health and Ageing) y Austria, donde las guías mostraron ser efectivas en la modificación de las noticias y reducción de los suicidios imitativos, son países donde los medios de comunicación estuvieron involucrados en el desarrollo, diseminación y entrenamiento de las guías (Bohanna y Wang, 2012; Etzersdorfer y Sonneck, 1998; Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007; Pirkis et al., 2009; Skehan et al., 2006). Todo lo contrario a los países donde no se tuvo en cuenta a los medios de comunicación en la redacción de las guías, como China o Nueva Zelanda, donde estas han sido poco acogidas por los periodistas (Bohanna y Wang, 2012; Collings y Kemp, 2010; Tully y Elsaka, 2004). El efecto positivo de las guías es mayor cuanta más colaboración exista por parte de los medios, y en tal caso: el efecto perdura un largo tiempo (Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007).

Es importante destacar que las guías no son una forma interactiva de educación. Tras una intervención académica sobre el efecto Werther con periodistas, estos afirman tener más en cuenta la importancia de redactar correctamente una noticia sobre suicidio (Skehan et al., 2006). A la hora de realizar este tipo de formación, se recomienda: en presencia física, entregar las recomendaciones de forma impresa (Skehan et al., 2006), no ser directivos, intercambiar información, exponer de manera imparcial (Bohanna y Wang, 2012), y presentar los artículos científicos sobre el efecto Werther (Bohanna y Wang, 2012; Skehan et al., 2006). Las intervenciones académicas de periodistas pueden ser más eficaces si se anima a estos a explorar por si mismos de manera práctica el tema, lo que permitiría que lleguen a sus propias conclusiones sobre cómo informar una noticia sobre suicidio (Bohanna y Wang, 2012).

3.10. Ética periodística vs. marketing en el uso de las recomendaciones y guías sobre cómo abordar el suicidio en los medios de comunicación.

Es importante tener en cuenta que las recomendaciones sobre el abordaje del suicidio no suelen ser respetadas si lo que interesa es el marketing del medio de comunicación (Jamieson et al., 2003; McManus, 1992). Los medios de comunicación tienden al sensacionalismo, como por ejemplo exponer suicidios dramáticos y altamente letales, los cuales son infrecuentes (Pirkis et al., 2007; Sisask y Värnik, 2012; WHO, 2008). También tienden a publicar métodos poco comunes (como ahogamiento, defenestración, disparos, etc.) en lugar del ahorcamiento (Niederkrotenthaler et al., 2009a), el cual es el método más frecuente en la mayoría de los países (Gunnell et al., 2005; WHO, 2014). Debido a ello, los medios de comunicación presentan una imagen llamativa pero sesgada de la realidad del suicidio, con un exceso de noticias por métodos violentos e inusuales (Blood et al., 2007). Esto representa como típicos los actos suicidas fuera de lo común, y perpetúa aún más la información errónea sobre el suicidio.

Las decisiones sobre cómo maximizar el interés periodístico de una noticia sobre suicidio, a menudo entran en conflicto con la promoción de la divulgación adecuada, la ética y la responsabilidad de reportar un suicidio (Blood et al., 2007). La implementación de buenas prácticas sobre cómo abordar el suicidio en los medios de comunicación, a través de guías y enseñanza de las mismas, combate los malos hábitos y promueve una prensa de mejor calidad y más ética.

Los periodistas reconocen que los medios tienen una función de proteger a su público (a la comunidad), como es en el caso del suicidio. Esto los alinea a agentes de la Salud. Pero, tal rol se desempeña más desde la moral propia del periodista que desde la implantación de guías al respecto (Collings y Kemp, 2010). Por tanto, la publicación de guías junto con un abordaje reflexivo del beneficio de las mismas, que haga que los periodistas adquieran una ética sobre la idoneidad de su uso, generaría la adhesión a dichas directrices.

3.11. Relación entre medios de comunicación y suicidólogos.

El diálogo entre medios de comunicación y suicidólogos no es fácil. Los profesionales de la Salud suelen considerar que los reportajes sobre suicidio están redactados de forma irresponsable y que el principal objetivo de estos es el marketing. Por otro lado, los periodistas afirman que cumplen con sus normas éticas (Knickmeyer, 1996). Es importante una mayor coparticipación entre los sectores de Salud y los medios de comunicación (Au et al., 2004; Crane et al., 2005; Jamieson et al., 2003; Knox et al., 2004; Niederkrotenthaler et al., 2009a; Niederkrotenthaler et al., 2014; Pirkis et al.,

2006b; Pirkis et al., 2007; Sonneck et al., 1994; Tatum et al., 2010; Thom et al., 2012; WHO 2014): trabajar juntos en la sensibilización sobre el abordaje del suicidio, crear vínculos de confianza, ofrecerse los profesionales de la Salud como fuentes solventes de información a los periodistas (Jamieson et al., 2003), etc. Establecer alianzas basadas en el periodismo ético entre medios y suicidólogos puede ser una medida efectiva y atractiva para los primeros (Bohanna y Wang, 2012).

3.12. Recomendaciones de la OMS.

Dentro de las diferentes guías, directrices, etc. sobre cómo abordar el suicidio en los medios de comunicación, las recomendaciones de la OMS destacan por su carácter internacional e influyente de tal organismo. Además, en una reunión de la OMS en 2004 sobre las estrategias de prevención del suicidio en Europa, se propuso que una de estas (basada en una revisión sistemática) era que los medios de comunicación debían participar y seguir las directrices propuestas por la OMS (Kerkhof, 2005). Por su parte, la "*Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*", del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, recomienda "acciones, a nivel nacional o autonómico, encaminadas a promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y de otras similares que favorezcan un adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación" (MSPSI, 2011a).

La OMS ha publicado tres documentos dirigidos a los profesionales de los medios de comunicación. El primero, del año 2000, titulado "*Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*" (OMS, 2000), se elaboró como parte del proyecto SUPRE, la iniciativa mundial de la OMS para la prevención del suicidio. En cuanto a su estructura, incluye: introducción, impacto de los medios de comunicación al informar sobre el suicidio, fuentes de información fiables, recomendaciones sobre cómo informar sobre el suicidio en general, recomendaciones sobre cómo informar sobre un suicidio específico, suministro de información sobre ayuda disponible, resumen sobre qué hacer y qué no hacer y referencias bibliográficas. Llamativamente, en la sección final de resumen de las recomendaciones, se obvian varias de las establecidas previamente.

El segundo documento, publicado en el 2008, y titulado "*Preventing suicide: a resource for media professionals*" (WHO, 2008), es más completo, tanto en contenido global, como en las recomendaciones específicas y en sus explicaciones. Este documento fue una revisión del documento previo, si bien no existe referencia alguna en él a que tal revisión invalide las recomendaciones establecidas en el documento inicial. En cuanto a su estructura, incluye: guía rápida para los profesionales de los medios, introducción, hallazgos científicos del efecto contagio, cobertura informativa responsable, fuentes de información fiable, otros tipos de medios de comunicación, anexo y referencias bibliográficas. Al contrario que en documento inicial, no se hace una clasificación de categorías diferenciadas (qué hacer y qué no hacer) y en la síntesis de recomendaciones sí se incluyen todas las aludidas en el texto desarrollado. Sin embargo, no existe versión traducida al español y tiene una extensión considerable.

El tercer documento, publicado en 2017, lleva por título "*Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017*" (WHO, 2017). No existe referencia alguna en él a que la actualización invalide las recomendaciones establecidas en los documentos precedentes. En cuanto a su estructura, incluye: guía rápida (en la que se retoma la diferenciación entre "Qué hacer" y "Qué no hacer"), introducción, hallazgos científicos

del efecto contagio y del efecto protector, cobertura informativa responsable, y fuentes de información fiable. Además, incluye cuatro anexos: el primero contiene recomendaciones más específicas para los medios de comunicación digitales; el segundo, recomendaciones sobre cómo tratar las noticias sobre tiroteos masivos y terrorismo; el tercero, un resumen sobre la literatura disponible sobre el impacto de los medios sobre la conducta suicida; el cuarto, "mitos y hechos" sobre el suicidio. En este documento se señala que está dirigido a profesionales de los medios de comunicación escritos (impresos o digitales) y retransmitidos; y que si bien la mayoría de las recomendaciones son relevantes para todos los medios, algunas tienen relación directa solo con los medios escritos impresos o digitales. Sin embargo, tampoco existe versión traducida al español y tiene una extensión considerable.

Por lo tanto, se dispone en la actualidad de tres documentos cuyas recomendaciones contienen solapamientos, y de los cuales solo del primero existe una versión traducida al español. Esto suponía que los profesionales de los medios de comunicación de habla hispana en general, y de España en particular, difícilmente pudieran tener un acceso a las recomendaciones de la OMS de una forma clara y concisa, en un área de gran importancia para la población, como es la prevención del suicidio (Acosta et al., 2017). Por ello, Acosta et al. (2017) publicaron un documento único en español que aúna las recomendaciones de los tres documentos de la OMS (Tabla 2).

Tabla 2. Recomendaciones de la OMS a los medios de comunicación para las noticias sobre suicidio (Acosta et al., 2017).

QUÉ NO HACER
1. No trate el suicidio de forma sensacionalista. 2. En el titular de la noticia evite el uso de la palabra "suicidio", así como la exposición del método o el lugar del suicidio. 3. Sea prudente en el uso de fotografías o vídeos. No publique fotografías ni vídeos de la víctima en estado mortal, del método empleado, de la escena del suicidio, ni fotos dramáticas (por ejemplo, fotos de personas en cornisas o similares, o de los instrumentos utilizados). Tampoco publique enlaces a redes sociales que los contengan. 4. No publique notas suicidas en ninguna de sus posibles modalidades (papel, mensajes de texto, mensajes en redes sociales o mensajes de correo electrónico). 5. Evite situar la noticia en un lugar destacado. Los datos relevantes deben figurar en páginas interiores. 6. Evite informar sobre detalles específicos o la descripción explícita del método usado en el suicidio o intento de suicidio. 7. Evite aportar información detallada sobre el lugar del suicidio o intento de suicidio. 8. No glorifique a la persona que se ha suicidado. 9. No presente el suicidio como algo normal. 10. No presente el suicidio como una solución a los problemas, ni como un modo de afrontarlos. 11. No presente el suicidio como consecuencia de razones simplistas. 12. No utilice estereotipos religiosos o culturales. 13. No exponga la conducta suicida como una respuesta comprensible ante los cambios sociales, culturales o la desvalorización. 14. No culpabilice. 15. Evite las repeticiones injustificadas de noticias sobre el suicidio.

QUÉ HACER
1. Refiérase al suicidio como un hecho, no como un logro. 2. Resalte las alternativas al suicidio, ya sea mediante información genérica o mediante historias de personas, que ilustren cómo afrontar las circunstancias adversas, las ideas de suicidio, y cómo pedir ayuda. 3. Proporcione información sobre recursos comunitarios y líneas de ayuda. 4. Aporte información sobre factores de riesgo y señales de alarma. 5. Transmita la frecuente asociación entre la depresión y la conducta suicida, y que la depresión es un trastorno tratable. 6. Ofrezca un mensaje de solidaridad a los sobrevivientes en momentos de profundo dolor, y proporcione números de teléfono de los grupos de apoyo para sobrevivientes, si los hay. 7. Aproveche la oportunidad para instruir a la población acerca de los hechos sobre el suicidio y su prevención, y no difunda los mitos sobre el suicidio.
OTRAS RECOMENDACIONES
1. Para las estadísticas deberán usarse fuentes auténticas y fiables e interpretarse cuidadosa y correctamente. 2. Tenga especial cautela cuando informe sobre suicidios de personas famosas. 3. Trabaje estrechamente con las autoridades de la Salud en la presentación de los hechos. 4. Sea cuidadoso en los contenidos, también en situaciones de presiones por tiempo. 5. Muestre la debida consideración por las personas que han perdido un ser querido (por ejemplo, el realizar una entrevista a un familiar en duelo debe sopesarse cuidadosamente, ya que están en una situación de vulnerabilidad y tienen mayor riesgo suicida). 6. Sea consciente de que los propios profesionales de los medios de comunicación pueden verse afectados por las noticias sobre el suicidio.

3.13. Forma de presentación del suicidio en los medios de comunicación de Canarias.

En Canarias, según les consta a los autores, no existen estudios documentales sobre cómo los medios de comunicación abordan el tema del suicidio. El hecho de que tanto el efecto contagio como el efecto protector estén demostrados, sustenta la importancia de su estudio. La identificación de una inadecuación en las noticias relacionadas con el suicidio en los medios de comunicación de Canarias supondría la detección de un factor de riesgo suicida de tipo comunitario, y lo que es más importante: potencialmente modificable (Hawton et al., 1999) y prevenible mediante el desarrollo de intervenciones. Pocos estudios han evaluado la calidad de las noticias sobre suicidio (Pirkis et al., 2002), siendo el presente uno de ellos.

3.14. Acciones sobre cómo presentar el suicidio en los medios de comunicación de Canarias.

Hasta lo que nuestro saber conoce, no se han desarrollado en Canarias acciones formativas sobre cómo presentar el suicidio en los medios de comunicación. Se recomienda a nivel autonómico, no solo a nivel nacional, acciones encaminadas a promover el uso de las recomendaciones de la OMS en la prevención del suicidio (MSPSI, 2011a). Incluso se plantea que acciones preventivas del suicidio de este tipo a nivel regional podrían tener un alto impacto (Hegerl et al., 2006, 2008); teniendo en cuenta que la repercusión local de una noticia regional sobre suicidio es mayor que una noticia nacional (Romer et al., 2006). Aunque los periodistas conocieran las recomendaciones sobre cómo publicar el suicidio, es necesario recordarles la necesidad de las mismas para que las tengan en consideración (Michel et al., 2000; Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007). Es de gran interés científico el análisis de la

efectividad de intervenciones didácticas sobre los medios de comunicación respecto a cómo presentar el suicidio.

3.15. Forma de presentación del suicidio en los medios de comunicación nacionales.
Hasta la fecha se dispone de solo un estudio que analiza la adhesión a las recomendaciones de la OMS en las noticias sobre suicidio de medios de comunicación en España. Herrera et al. (2015) analizó cinco periódicos digitales (tres nacionales (El País, El Mundo, y ABC) y dos regionales (El Comercio de Asturias y La Nueva España) durante 13 meses. Detectó que en la mayor parte de las noticias se dan detalles sobre el método; no se tienen en cuenta los antecedentes en salud mental del fallecido; no se informa sobre ayudas y recursos comunitarios; y se informa acerca del suicidio como algo inexplicable o simplista.

3.16. Acciones sobre cómo presentar el suicidio en los medios de comunicación nacionales.
Según consta a los autores, en el territorio español no se han llevado a cabo intervenciones regladas o publicación de guías para formar a los periodistas sobre cómo redactar noticias relacionadas con el suicidio. Tampoco existen portales institucionales en España dedicados al tema. Tan solo, entre las recomendaciones de la "*Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*" (MSPSI, 2011a) figuran algunas relacionadas con el tema. En la página 36, dentro de los "Programas generales de prevención de la conducta suicida" incluyen la "Educación a la población general y medios de comunicación"; y en la página 37, dedican un apartado por entero a los medios de comunicación.

En la "*Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*" se plantea la idoneidad de intervenciones sobre los medios de comunicación para promover la salud mental, así como acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio. Concretamente, en la línea estratégica 1 "Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental", en el objetivo general 1 "Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos", se recoge el objetivo 1.3 "Desarrollar, entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA., un conjunto de intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación". En tal apartado, se recoge la recomendación "El Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA. desarrollarán intervenciones dirigidas a los medios de comunicación para implicarlos en la promoción de la salud mental". En la misma línea estratégica, en el objetivo general 2 "Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general", se recoge el Objetivo 2.3 "Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo" (MSPSI, 2011b).

La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) publicó en el 2008 una segunda edición de una guía de estilo sobre cómo abordar noticias sobre las enfermedades mentales, pero este documento no especifica cómo presentar el suicidio en los medios de comunicación (FEAFES, 2008).

Algunos periódicos nacionales tienen manuales de estilo, y algunos de estos recogen directrices para sus periodistas sobre la forma de escribir una noticia sobre suicidio. En el último libro de estilo de El País, en el punto 1.32 perteneciente a "Singularidades

informativas", se orienta sobre cómo, por qué y cuándo redactar una noticia sobre suicidio: "El periodista deberá ser especialmente prudente con las informaciones relativas a suicidios. En primer lugar, porque no siempre la apariencia coincide con la realidad, y también porque la psicología ha comprobado que estas noticias incitan a quitarse la vida a personas que ya eran propensas al suicidio y que sienten en ese momento un estímulo de imitación. Los suicidios deberán publicarse solamente cuando se trate de personas de relevancia o supongan un hecho social de interés general" (El País, 2014). Esta directriz no ha variado con respecto a ediciones previas. En el libro de estilo de El Mundo, Capítulo 7 "Normas de Práctica y Ética", apartado B "Límites en la obtención de informaciones", punto VIII "Suicidios" se recoge: "Un suicidio no debe ser noticia en sí mismo. Acaba siéndolo cuando el autor es un personaje relevante o cuando se convierte en un hecho significativo por la forma de llevarse a cabo, la edad o el problema social que se esconda detrás. A la hora de informar de un suicidio hay que tener en cuenta previamente dos cuestiones. Primera, que hay que valorar el común criterio de psiquiatras y psicólogos que nos advierten de que la noticias sobre un suicidio atrae a otras potenciales víctimas. Segunda, que no hay que precipitarse y calificar de suicidio una muerte sólo por las apariencias. Hace falta profundizar en la noticia. Hace años el Consejo de Prensa británico condenó la publicación de la foto del cuerpo roto de la heredera de un imperio cervecero que se había suicidado lanzándose por un acantilado en Italia. Determinó que, pese a la relevancia pública del imperio empresarial del que era heredera, no existían en realidad razones, salvo las de la curiosidad malsana, para ofrecer la imagen atroz del cuerpo de la desdichada suicida, quebrando de paso su derecho a la intimidad" (El Mundo, s.f.). En el libro de estilo del ABC (Vigara Tauste, 2001) no se registra ninguna alusión al suicidio. El Confidencial no tiene manual de estilo.

3.17. Acciones sobre cómo presentar el suicidio en los medios de comunicación de Australia.

En el estado de Victoria (al igual que el resto de Australia) se llevan a cabo, desde hace más de 20 años, diversas intervenciones para evitar la inadecuada redacción de noticias sobre suicidio.

En 1997, el gobierno australiano (Australian Government's Department of Health), bajo un programa nacional de prevención suicida (National Suicide Prevention Program), desarrolló un proyecto piloto de formación a estudiantes de Periodismo sobre cómo redactar las noticias sobre suicidio. Desde tal fecha, la institución responsable de este tipo de intervenciones es el Hunter Institute of Mental Health. El proyecto piloto se instauraría definitivamente en todas las facultades de Periodismo de Australia en 1999 con el nombre Response Ability. En tal año se publicaron herramientas didácticas en material impreso (llamado "*Achieving the Balance*" (Penrose-Wall et al., 1999)), que serían utilizadas en particular por Response Ability, siendo el primer recurso nacional para los medios de comunicación australianos sobre cómo redactar noticias sobre suicidio y enfermedad mental.

Durante los años 2000 y 2001, se establecieron los iniciales National Media Advisory Group y Mental Health Advisory Group. Media Advisory Group está formado por miembros del Hunter Institute of Mental Health y profesionales de los diferentes medios de comunicación australianos. Su objetivo es construir una relación de colaboración entre ambas partes, buscando la participación de los profesionales de los medios de comunicación en el desarrollo y difusión de recursos que permitan redactar de forma

idónea las noticias sobre suicidio o enfermedad mental. Mental Health Advisory Group, actualmente llamado Communication Managers' Advisory Group, se compone de representantes de diferentes organizaciones y departamentos de Salud nacionales y estatales (Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Lifeline, Suicide Prevention Australia, etc.). El objetivo de este grupo asesor es orientar a tales instituciones sobre cuestiones a tener en cuenta cuando hagan comunicados o participen con los medios de comunicación en temas relacionados con el suicidio o la enfermedad mental. En el 2001, se desarrollaron y difundieron a las facultades de Periodismo recursos en versión multimedia sobre cómo redactar noticias sobre suicidio o enfermedades mentales.

En el 2002, se crean y divulgan recursos para los profesionales de los medios de comunicación. Esto sería el inicio del actual subprograma Mindframe for media professionals, cuya diana de intervención son las asociaciones de medios de comunicación, medios de comunicación (incluyendo prensa impresa y digital, radio, televisión de áreas metropolitanas y rurales, e incluyendo medios indígenas y CALD Marketing & Ethnic Media) y en general cualquier profesional que redacte noticias sobre suicidio y enfermedades mentales.

Entre 2004 y 2005, se desarrollan y difunden recursos para los profesionales de Salud Mental que participen en noticias sobre suicidio o enfermedades mentales. Esto sería el inicio del actual subprograma Mindframe for the mental health & suicide prevention, cuya diana de intervención son instituciones sanitarias, Servicios de Salud Mental, programas de prevención del suicidio, y/o profesionales individuales que trabajen en tales instituciones que informen en los medios de comunicación sobre suicidio o enfermedad mental.

Durante los años 2006 y 2007 se pusieron en marcha los subprogramas Mindframe for police, for courts, for stage & screen. Mindframe for police, orienta a cualquier oficial o centro de policía de Australia que informe a los medios sobre enfermedad mental o suicidio. Mindframe for courts, es un subprograma para aquellos profesionales de la Justicia que vayan a realizar algún tipo de intervención en los medios de comunicación sobre suicidio o enfermedad mental. Mindframe for stage & screen, aconseja a guionistas, cineastas, y otros profesionales del mundo del cine y la televisión australianos en cómo representar de forma verídica el suicidio y la enfermedad mental.

Durante los años 2008 y 2009, se desarrollan y difunden recursos multimedia en todas las facultades de Relaciones Públicas para los estudiantes de esta carrera.

En el 2010 se crea una línea telefónica de ayuda rápida para orientar a los profesionales de los medios de comunicación. Esta línea telefónica se promociona entre los diferentes medios de comunicación australianos.

En el 2012, junto con la creación de una nueva página web, el programa Response Ability adquiere el nombre actual de Mindframe. Durante los años 2012 y 2013 se renuevan y rediseñan los actuales recursos para los medios de comunicación, que están disponibles en la página web http://www.mindframe-media.info/home/resource-downloads. Durante los años 2013 y 2014 se crea y promociona una aplicación para móviles que contiene los recursos previos en tal formato.

En el 2014, la OMS reconoce públicamente la labor de Mindframe con los medios de comunicación.

Desde el 2015 hasta la actualidad, también se trabaja en la redacción de guías para las redes sociales en cómo presentar el suicidio y la enfermedad mental. Asimismo, se establece Mindframe social media advisory group, un grupo asesor cuyo objetivo es orientar a los medios de comunicación, Servicios de Salud Mental y programas de prevención del suicidio en cómo informar temas de suicidio y enfermedad mental en las redes sociales de manera segura, precisa y eficaz. Está formado por profesionales de los medios de comunicación, profesionales de Salud Mental y programas de prevención del suicidio, organizaciones de comunidades prioritarias y la Universidad de Sydney.

En particular, el subprograma Mindframe for media tiene como objetivo servir a los profesionales de los medios de comunicación como orientadores y fuentes de información para garantizar que las noticias sobre suicidio y enfermedades mentales estén redactadas de forma sensata, prudente y responsable, y asimismo eviten el efecto contagio y reduzcan el estigma hacia la enfermedad mental. Los recursos del subprograma, han sido desarrollados de forma conjunta por profesionales de los medios de comunicación, profesionales de Salud Mental y programas de prevención del suicidio, y miembros de asociaciones relacionadas. Mindframe for media ha participado en la redacción de códigos de buenas prácticas sobre cómo redactar el suicidio en diversos medios de comunicación. Además, dispone de Mindframe Media Centre, donde cualquier profesional de los medios de comunicación australianos puede ser asesorado, o resolver consultas vía email o telefónicamente. Y, a través Media Alert, se realiza comunicados a los medios de comunicación recordando cómo presentar el suicidio cuando tiene lugar un suceso nacional que pueda generar noticias sobre suicidio.

Mindframe for journalism and public relations education tiene como objetivo que los graduados en Periodismo y Relaciones Públicas sepan de la existencia de Mindframe y tengan información y herramientas necesarias para abordar correctamente las noticias sobre suicidio y enfermedad mental para:
-Informar de forma apropiada sobre suicidio y enfermedad mental.
-Minimizar el efecto contagio del suicidio.
-Reducir el estigma y la discriminación que sufren las personas con enfermedad mental.
Estos recursos y herramientas se han creado con la colaboración de profesionales del Periodismo y Relaciones Públicas, académicos del Periodismo y Relaciones Públicas, profesionales de Salud Mental y programas de prevención del suicidio, y miembros de asociaciones relacionadas. Las intervenciones incluyen diapositivas, análisis de casos, ejemplos prácticos, debate con ruegos y preguntas. Las intervenciones están dirigidas a los estudiantes y el profesorado. Los materiales son audiovisuales, y se complementan con una guía para orientar en el uso de la página web de Mindframe. Esta web a su vez proporciona la información actualizada que se presentará en las intervenciones de las universidades. Todo el material se proporciona gratuitamente en la página web (AGNSPP y E, 2018).

4. Material y método

4.1. Tipo de estudio.

Estudio observacional, descriptivo y analítico.

4.2. Medios analizados y marco temporal.

Se analizaron las noticias sobre suicidio en los principales periódicos diarios digitales de temática generalista (concepto abreviado en este trabajo como "periódicos digitales") de Canarias, España y Victoria (Australia). Se excluyeron los periódicos digitales deportivos y financieros, así como aquellos que no publicasen noticias con periodicidad diaria.

Respecto a qué criterio elegir para seleccionar los periódicos digitales a estudio, se optó por aquellos con mayores audiencias, ya que se ha hallado una relación dosis-respuesta entre la distribución de los medios y el número de suicidios imitativos (Etzersdorfer et al., 2004; Phillips, 1974). Además, algunos autores (Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007) consideran que los periódicos con menor comercialización tienden a seguir las pautas de los medios con mayor distribución por razones de competencia. Existen varios organismos que, con periodicidad estable y con una fiabilidad variable, registran la audiencia de los medios digitales en España. Cuatro de los más importantes son la Oficina de Justificación de la Difusión Interactiva, el Estudio General de Medios de la Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación, Alexa, y empresas privadas de marketing (Almiron, 2006). Para nuestro estudio, no fue factible el uso de los dos primeros organismos porque ambos ofrecen solo datos de audiencias de medios digitales auditados, no siendo el caso de algunos de los periódicos digitales de Canarias. Nos inclinamos por el uso de Alexa, porque es la única herramienta de medición que incluye todas las páginas web existentes (y por lo tanto puede servir de fuente común para obtener las audiencias de periódicos digitales de Canarias, España, y Victoria, Australia). Alexa es un sistema de evaluación utilizado y aceptado como parámetro de referencia en el ranking de "popularidad" por los grandes sitios web y las grandes empresas en internet (Moreno, 2005).

Alexa proporciona un ranking de tráfico mundial de las páginas web en los últimos tres meses, y también ofrece un ranking por países. El ranking se calcula utilizando una metodología patentada que combina durante los últimos tres meses los siguientes datos (Alexa Internet, Inc., 2017):

- "Estimated Unique Visitors": Número estimado de internautas individuales que visitaron una determinada página web.
- "Estimated Visits": Número estimado de "visitas" a una página web. Se considera "visita" a una sesión de navegación única, lo que significa que un internauta usó la página web sin pausas durante más de 30 minutos. Un solo internauta puede haber hecho varias "visitas".
- "Estimated Pageviews": Número estimado de "páginas vistas" para una determinada página web. Se considera "página vista" cada vez que se ve o se actualiza una página web completa del sitio web. Las actualizaciones parciales de una página no se cuentan como "página vista". Una sola "visita" puede consistir en varias "páginas vistas".

Según Alexa a día 1 de mayo del 2017 (fecha consecutiva al periodo estudio, ver a continuación), los periódicos digitales más visitados con sede en cada región fueron (Tabla 3):

- Canarias: La Provincia, Canarias 7, El Día, La Opinión.
- España: El País, El Mundo, El Confidencial, ABC.
- Victoria (Australia): The Age, Herald Sun, The Courier, Geelong Advertiser.

No se tuvo en cuenta que el periódico digital contase o no con versión impresa, seleccionándose por riguroso orden de ranking al margen de esta especificación.

Tabla 3. Periódicos digitales más visitados con sede en Canarias, España, y Victoria (Australia) según Alexa a día 1 de mayo del 2017.

Área geográfica	Periódico digital	Ranking en el país	Versión impresa	Publicación diaria
Canarias	La Provincia	683º	Si	Si
	Canarias 7	846º	Si	Si
	El Día	1.311º	Si	Si
	La Opinión	1.965º	Si	Si
España	El País	13º	Si	Si
	El Mundo	15º	Si	Si
	El Confidencial	34º	No	Si
	ABC	36º	Si	Si
Victoria (Australia)	The Age	59º	Si	Si
	Herald Sun	84º	Si	Si
	Bendigo Advertiser	2.131º	Si	No. No publica los domingos
	The Courier	2.272º	Si	Si
	Geelong Advertiser	2.437º	Si	Si

El marco temporal fue 6 meses, 181 días, desde el 1 de noviembre del 2016 al 30 de abril del 2017 para los objetivos 1 al 5; y mismo número de días, desde el 15 diciembre 2017 al 13 junio 2018, para el objetivo 6.

4.3. Objeto de estudio.

Este estudio no incluyó pacientes. El objeto de estudio fueron las noticias sobre suicidio y conductas suicidas en la prensa digital de Canarias, España y Victoria (Australia).

Cuando existió más de una noticia referida al mismo suicidio, en diferentes medios o en el mismo, se estudió cada una de ellas como un elemento independiente, ya que el objetivo principal del estudio fue la evaluación de la adecuación y calidad de las noticias sobre el suicidio y no los suicidios en sí mismos. Este enfoque ya fue utilizado en estudios previos (Au et al., 2004; Tatum et al., 2010).

Se evaluaron el texto y fotografías de las noticias digitales, no así el contenido verbal o imágenes de los vídeos adjuntos en caso de existir.

4.3.1. Criterios de inclusión.

Para el análisis de la adhesión a las recomendaciones de la OMS y de la evitabilidad, se incluyeron todas aquellas noticias que trataron sobre el suicidio o conducta suicida de una o más personas. Se seleccionó este tipo de noticias porque el efecto contagio en el lector es mayor cuando estas versan sobre suicidio de personas, especialmente un famoso venerado por él (Blood y Pirkis, 2001; Niederkrotenthaler et al., 2009b; Tatum et al., 2010; Yip et al., 2006) o alguien con similares circunstancias (Blood y Pirkis, 2001; Cheng et al., 2007a; Dumon y Portzky, 2014).

Derivado de tal criterio, se incluyeron las noticias sobre suicidios históricos, ya que cumplen con el criterio de inclusión básico señalado. Además, no dejan de ser recordatorios de personas famosas que se suicidaron, que son figuras de máxima

influencia en el efecto contagio. Por su parte, también se incluyeron las noticias sobre suicidios asistidos, ya que, al margen del debate de tal acto, cumplen con el criterio de inclusión básico señalado. Asimismo, se trata de suicidios relacionados con el padecimiento de una enfermedad, que es uno de los factores de riesgo suicida establecidos y con el que se puede sentir identificado una gran parte de la población (Banerjee y Birenbaum-Carmeli, 2007; Lee et al., 2014; Seale, 2010; Somerville, 1997).

Para el análisis de la frecuencia y la tipología, se incluyeron todas las noticias sobre suicidio o conducta suicida, sea o no de una o más personas.

4.3.2. Criterios de exclusión.

Se excluyeron las noticias que no tuvieron al suicidio o a la conducta suicida como tema principal. Además, de forma específica, se excluyeron las noticias en las que se cumplía alguna de las siguientes circunstancias:

- Noticias que aun teniendo la palabra "suicidio" o sus derivados en su titular o contenidos, fueron exclusivamente de uso figurado (p. ej: suicidio político), al igual que otros estudios (Niederkrotenthaler et al., 2010).
- Noticias sobre suicidios basados en hechos ficticios (p. ej: suicidio de un personaje en una serie). El posible efecto contagio de la publicación de suicidios ficticios no es concluyente en algunos estudios (Pirkis et al., 2006a; Pirkis y Blood, 2001b).
- Noticias sobre suicidios relacionados con ataques terroristas (p. ej: suicidio de hombre bomba) o similares. Este criterio de exclusión se ha utilizado en otros estudios (Au et al., 2004; Niederkrotenthaler et al., 2010).

4.4. Variables estudiadas.

Se incluyeron las variables adhesión a las recomendaciones de la OMS y evitabilidad. Se describen a continuación los conceptos y los enfoques básicos para su evaluación.

• **Adhesión:** La adhesión de las noticias a las recomendaciones de la OMS (concepto abreviado en este trabajo como "adhesión") se evaluó mediante una escala *ad hoc*. La relación de ítems de la escala se elaboró mediante un procedimiento estructurado que aunó criterios científicos y lingüísticos para su creación, tomando como referencia de partida los tres documentos de recomendaciones de la OMS a los medios de comunicación para noticias sobre suicidio ("*Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*" (OMS, 2000), "*Preventing Suicide: a resource for media professionals*" (WHO, 2008), y "*Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017*" (WHO, 2017)). Este trabajo ha sido publicado previamente (Acosta et al., 2017), y sus autores han señalado que la lista de ítems podría utilizarse como una escala para estudios de investigación (Tabla 2).

Se eligieron las pautas de la OMS a los medios como referencia para la evaluación de la adhesión, porque estas directrices se desarrollaron como una iniciativa a nivel mundial y son recomendadas por organizaciones autorizadas para la prevención del suicidio, como la OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (International Association for Suicide Prevention, 2018).

La escala (*Escala de evaluación de la adhesión de las noticias sobre suicidio a las recomendaciones de la OMS*) contiene las recomendaciones agrupadas en dos grandes grupos: "Qué no hacer" y "Qué hacer" (Tabla 4). Cada ítem se puntuó como +1 si presentaba adhesión a la recomendación y -1 si no la tenía. La puntuación total puede estar entre +22 y -22. A mayor puntuación, mejor adhesión a las recomendaciones de la OMS.

Los ítems de la categoría "Otras recomendaciones" no se incluyeron en la escala por varios motivos: no tener un potencial perjudicial o beneficioso definido a priori (véase nº 1 en tabla 2); ser subjetivos, no evaluables a partir de una noticia, ni determinantes de que efectivamente se plasmen en las noticias con una mayor adecuación (véanse nºs 2 y 3 en tabla 2); ser muy subjetivos de los redactores de noticias (véanse nºs 4, 5 y 6 en tabla 2).

Tabla 4. Escala de evaluación de la adhesión de las noticias sobre suicidio a las recomendaciones de la OMS.

QUÉ NO HACER	
Item	*Recomendación*
QNH1	No trate el suicidio de forma sensacionalista.
QNH2	En el titular de la noticia evite el uso de la palabra "suicidio", así como la exposición del método o el lugar del suicidio.
QNH3	Sea prudente en el uso de fotografías o vídeos. No publique fotografías ni vídeos de la víctima en estado mortal, del método empleado, de la escena del suicidio, ni fotos dramáticas (por ejemplo, fotos de personas en cornisas o similares, o de los instrumentos utilizados). Tampoco publique enlaces a redes sociales que los contengan.
QNH4	No publique notas suicidas en ninguna de sus posibles modalidades (papel, mensajes de texto, mensajes en redes sociales o mensajes de correo electrónico).
QNH5	Evite situar la noticia en un lugar destacado. Los datos relevantes deben figurar en páginas interiores.
QNH6	Evite informar sobre detalles específicos o la descripción explícita del método usado en el suicidio o intento de suicidio.
QNH7	Evite aportar información detallada sobre el lugar del suicidio o intento de suicidio.
QNH8	No glorifique a la persona que se ha suicidado.
QNH9	No presente el suicidio como algo normal.
QNH10	No presente el suicidio como una solución a los problemas, ni como un modo de afrontarlos.
QNH11	No presente el suicidio como consecuencia de razones simplistas.
QNH12	No utilice estereotipos religiosos o culturales.
QNH13	No exponga la conducta suicida como una respuesta comprensible ante los cambios sociales, culturales o la desvalorización.
QNH14	No culpabilice.
QNH15	Evite las repeticiones injustificadas de noticias sobre el suicidio.
QUÉ HACER	
Ítem	*Recomendación*
QH1	Refiérase al suicidio como un hecho, no como un logro.
QH2	Resalte las alternativas al suicidio, ya sea mediante información genérica o mediante historias de personas, que ilustren cómo afrontar las circunstancias adversas, las ideas de suicidio, y cómo pedir ayuda.
QH3	Proporcione información sobre recursos comunitarios y líneas de ayuda.
QH4	Aporte información sobre factores de riesgo y señales de alarma.
QH5	Transmita la frecuente asociación entre la depresión y la conducta suicida, y que la depresión es un trastorno tratable.
QH6	Ofrezca un mensaje de solidaridad a los sobrevivientes en momentos de profundo dolor, y proporcione números de teléfono de los grupos de apoyo para sobrevivientes, si los hay.
QH7	Aproveche la oportunidad para instruir a la población acerca de los hechos sobre el suicidio y su prevención, y no difunda los mitos sobre el suicidio.

Definición operativa de adhesión: Se evaluó mediante dos aproximaciones: dicotómica y continua.

• Clasificación dicotómica:
No adhesión a las recomendaciones:
- En las recomendaciones de "Qué no hacer" hay al menos una con no adhesión o/y
- En las recomendaciones de "Qué hacer" no hay ninguna con adhesión.

Adhesión a las recomendaciones:
- En las recomendaciones de "Qué no hacer" todas presentan adhesión y
- En las recomendaciones de "Qué hacer" hay al menos una con adhesión.

• Clasificación continua:
Evalúa la adhesión como el total de recomendaciones con adhesión menos el total de recomendaciones sin adhesión. Dado que las recomendaciones con adhesión puntuaban +1 y las recomendaciones sin adhesión -1, y que la escala se compone de 22 ítems, la puntuación total (*Grado de Adhesión*) podía estar entre +22 y -22. La adhesión a las recomendaciones "Qué no hacer" (*Grado de adhesión de ítems QNH*) era entre +15 y -15, y la adhesión a las recomendaciones "Qué hacer" (*Grado de adhesión de ítems QH*) entre +7 y -7. A mayor puntuación, mejor adhesión a las recomendaciones de la OMS.

• **Evitabilidad:** Más allá de la pregunta "¿esta noticia tiene un efecto potencial perjudicial, neutro o beneficioso?". La evaluación de la evitabilidad busca responder a la pregunta "¿esta noticia podría haberse evitado?".

El suicidio frecuentemente resulta una noticia relevante, y probablemente será reportado (O'Carroll y Potter, 1994). Esto es especialmente evidente en noticias concernientes a suicidios en masa, suicidio tras un asesinato, suicidio en un lugar público o suicidio de un individuo famoso o público. Las noticias sobre suicidio son más propensas a ser informadas, presentan mayor interés periodístico, cuando cumplen uno o más de los siguientes tres criterios: a) suicidio de una persona que ha realizado un asesinato previamente, b) ocurrencia en lugar público con interrupción de las rutinas normales de la sociedad, y c) persona pública (Jamieson et al., 2003). Sin embargo, hay situaciones en las que una noticia puede considerarse como evitable.

Se consideró "evitable" toda noticia, evaluada como potencialmente negativa (esto es, con una evaluación negativa en cuanto a la adhesión a las recomendaciones de la OMS según la clasificación dicotómica), que cumpliera alguna de las siguientes características:
- Suicidio de persona no famosa ni pública en el que no exista desorden público.
- Suicidio asistido, estadísticas sobre suicidio, política y programas contra el suicidio, investigación sobre el suicidio, causas de suicidio, experiencia de una persona, artículo de opinión, cuestiones jurídicas relativas a suicidio, u otras.
- Noticia sobre suicidio del que se ha informado previamente en el mismo medio de comunicación.

Para el análisis descriptivo, también se analizaron las variables frecuencia y tipología. Dado que el análisis descriptivo tuvo un enfoque global, estas variables se evaluaron en todas las noticias sobre suicidio o conducta suicida, sea o no de una o más personas. Se describen a continuación los conceptos y los enfoques básicos para su evaluación.

• **Frecuencia:** La frecuencia se evaluó como el número de noticias sobre suicidio durante el periodo evaluado.

• **Tipología:** Las noticias se clasificaron atendiendo a su contenido y a la conducta suicida. Las categorías tipológicas fueron las siguientes:

Según el contenido:
- Suicidio de persona famosa o pública
- Suicidio de persona no famosa ni pública (y no adscribible a otra categoría) en el que exista desorden público.
- Suicidio de persona no famosa ni pública (y no adscribible a otra categoría) en el que no exista desorden público.
- Suicidio tras un asesinato
- Suicidio en masa
- Suicidio asistido
- Estadísticas sobre suicidio
- Política y programas contra el suicidio
- Investigación sobre el suicidio
- Causas de suicidio
- Experiencia de una persona
- Artículo de opinión
- Cuestiones jurídicas relativas a suicidio
- Otras (especificar)

Se consideró "desorden público" la definición recogida en el Capítulo III (De los desórdenes públicos), artículo 557 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal: "Quienes actuando en grupo o individualmente pero amparados en él, alteraren la paz pública ejecutando actos de violencia sobre las personas o sobre las cosas, o amenazando a otros con llevarlos a cabo" (Jefatura del Estado, 2015).

Según la conducta suicida:
- Suicidio
- Intento de suicidio
- Ideas de suicidio

4.5. Evaluación de la adhesión a las recomendaciones específicas.
Se evaluó la adhesión de los medios a cada una de las recomendaciones específicas de la OMS. Esta evaluación puede orientar sobre aquellos aspectos concretos a los que menos se adhieren los medios de comunicación, de forma que puedan recalcarse más en acciones formativas futuras.

4.6. Búsqueda de noticias.
La búsqueda de las noticias sobre suicidio en los periódicos digitales se realizó mediante búsqueda sistemática a través del buscador Google (Google.es para los periódicos digitales de Canarias y España, y Google.au para los de Victoria, Australia), usando "suicid *" (para detectar las diferentes variantes de las terminaciones lingüísticas de las palabras "suicidio" y "suicide"), con delimitadores que realizaban la búsqueda solo en la página web del periódico digital seleccionado. Por ejemplo:
"suicid * site:www.laprovincia.es".

Previo a la búsqueda, se borró el historial del navegador. Como filtro se usó el tiempo desde el 1 de noviembre del 2016 al 30 de abril del 2017, excepto para el objetivo 6 que fue preciso añadir el periodo de estudio del 15 de diciembre del 2017 al 13 de junio del 2018.

4.7. Evaluación de las noticias.

Las noticias digitales se guardaron en formato PDF. A continuación, sobre el documento se identificaron los ítems de la *Escala de evaluación de la adhesión de las noticias sobre suicidio a las recomendaciones de la OMS*. Aquellos ítems expuestos explícitamente se resaltaron, y los que se obtuvieron de forma subjetiva tras la lectura-valoración completa de la noticia se anotaron en la zona superior-izquierda del documento.

Dada la subjetividad de algunos aspectos evaluados, la valoración de todas las noticias para determinar la adhesión a las recomendaciones y la tipología se realizó por dos profesionales de Salud Mental de forma independiente, previo entrenamiento de estos con una muestra de noticias diferente a la estudiada hasta llegar a consensos en análisis y calificación. Para el resto de variables, la evaluación se realizó solo por el investigador principal, siendo los criterios de inclusión y evitabilidad verificados por el segundo evaluador. En los casos de discrepancia entre evaluadores en cualquier ítem (un evaluador señaló una respuesta y el otro la opuesta) se revisó por parte de ambos en una segunda fase. De mantenerse igual, en una tercera fase se expusieron los motivos y se llegó a un acuerdo de ambos para la puntuación. Los dos evaluadores habían realizado la especialidad médica de Psiquiatría y contaban con más de tres años de experiencia profesional.

4.8. Intervención.

La intervención formativa dirigida a los medios de comunicación fue ajena a este estudio. Se realizó por parte del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, con acuerdo con el Gabinete de Prensa de la Consejería de Sanidad. Esta acción formativa se encuadra en una línea de intervención formativa, incluida en el *Programa de prevención de las conductas suicidas y el suicidio consumado en Canarias (2016-2019)*. En esta línea de formación, previamente se realizó acciones formativas sobre el suicidio dirigidas a la red de Salud Mental (2014 y 2015) y a Atención Primaria (2016). La intervención formativa dirigida a los medios de comunicación de Canarias fue una de las *Acciones previstas* para el periodo 2016-2019.

• Características de la acción formativa:

Objetivo: Proveer a los profesionales de los medios de comunicación de conocimientos esenciales sobre el riesgo suicida y la conducta suicida; especialmente en lo relativo al efecto contagio o protector de las noticias sobre suicidio en función de sus características, y las recomendaciones de la OMS sobre estas.

Ámbito: Se realizó en ambas provincias de Canarias (Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas).

Fecha: 22 y 23 de mayo del 2017 respectivamente.

Asistentes: Estaba dirigido a profesionales de los medios de comunicación de Canarias, tanto de prensa escrita y digital, como de medios audiovisuales (radio y televisión). Contó con 25 asistentes en Santa Cruz de Tenerife y 21 asistentes en Las Palmas.

Contenidos: La conducta suicida: conceptos, epidemiología e impacto social. Factores de riesgo y factores protectores. El efecto contagio. El efecto Papageno.

Recomendaciones de la OMS, europeas y nacionales a los medios de comunicación. Análisis de ejemplos prácticos de noticias reales.
Las fuentes de información fueron múltiples, las principales fueron las de la OMS ("*Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*" (OMS, 2000) y "*Preventing Suicide: a resource for media professionals*" (WHO, 2008)) y de European Regions Enforcing Actions Against Suicide ("*Suicide Prevention Toolkit for Media Professionals*" (Dumon y Portzky, 2014)).
Metodología: Se siguieron las directrices señaladas en la literatura, como ser presencial, entregar las recomendaciones, no ser directiva e intercambiar información, y presentar evidencia sobre el efecto contagio (Bohanna y Wang, 2012; Skehan et al., 2006). Tuvo una duración de tres horas, con enfoque teórico - práctico e interactivo, y fue impartido por un psiquiatra. La intervención formativa estuvo reconocida como actividad de interés sanitario, y fue de carácter gratuito.
Asimismo, se entregó a cada uno de los directores o responsables designados de los medios de comunicación asistentes, un documento con la información más relevante sobre el tema, para su difusión entre los profesionales de cada medio.
Recordatorio: El 11 de diciembre del 2017 se entregó un documento con la información actualizada y relevante sobre el tema (tras la publicación de "*Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017*" (WHO, 2017)) a cada uno de los directores o responsables de los medios de comunicación para su difusión entre los profesionales de cada medio.
Alcance: El envío del primer documento y del recordatorio se realizó a un total de 433 contactos, que incluían periódicos digitales y convencionales, radio, televisión, agencias de comunicación; y a 44 profesionales de la Consejería de Sanidad.

4.9. Efectividad de la intervención.

La posible efectividad de una intervención se evaluó mediante las variables adhesión y evitabilidad.
La efectividad de una intervención puntual, realizada en Canarias, se evaluó mediante las variables adhesión y evitabilidad en dos periodos: antes y después de la intervención.
La evaluación de la efectividad de una intervención prolongada y a múltiples niveles se realizó evaluando la adhesión y evitabilidad de las noticias relacionadas con el suicidio en los periódicos digitales de Victoria (Australia). En este caso no se trató de una comparación entre periodos anterior y posterior a la intervención, sino de una comparación con un área en la que no se ha realizado intervención (Canarias, noticias previas a la intervención formativa).

• **Adhesión:** Se consideró como posible efecto positivo de la intervención las siguientes circunstancias:
- El aumento en el porcentaje de noticias clasificadas como "adhesión a las recomendaciones".
- El descenso en el porcentaje de noticias clasificadas como "no adhesión a las recomendaciones".
- El aumento en el grado de adhesión a las recomendaciones (variable continua).

• **Evitabilidad:** El descenso en el porcentaje de noticias clasificadas como "evitables" se consideró como un posible efecto positivo de la intervención.

• **Frecuencia:** Dado que la frecuencia depende en buena medida del número de sucesos que ocurran durante los periodos evaluados, no pudo ser una referencia con la validez deseada.
Por otra parte, la comparación entre los diferentes periódicos digitales de una misma área geográfica "expuestos" a los mismos sucesos, puede orientar sobre cierto patrón en determinados medios, de encontrarse diferencias considerables entre ellos.

• **Tipologías:** Dado que las tipologías no dan cuenta del potencial efecto beneficioso o perjudicial de las noticias, a priori no pudo establecerse una efectividad de la intervención a través de las tipologías.
Adjuntar que, derivado de una cuestión de factibilidad estadística, la comparativa de tipologías según contenido se realizó con las tres tipologías más frecuentes.

4.10. Aprobación por Comité de Ética.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEI/CEIm) Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, y respetó las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

4.11. Análisis estadístico.

Se calcularon las medias, desviaciones estándar y los cuartiles para describir las variables cuantitativas. Se utilizó el test de Shapiro-Wilk para comprobar la normalidad de los datos de las variables cuantitativas. Se calcularon las frecuencias y los porcentajes en las variables cualitativas. Se utilizó el test de la t-Student o la U de Mann-Whitney para comparar variables numéricas en dos categorías en función del tamaño muestral. Se utilizó el test de Kruskall-Wallis para comparar la mediana respecto de una variable categórica con más de dos grupos. Se utilizó el test exacto de Fisher para comparar variables categóricas. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos, y los valores de p entre 0,05 y 0,1 se consideraron con tendencia a la significación. El programa estadístico utilizado fue R Core Team (2017), R: A language and environment for statistical computing, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, URL, http://www.R-project.org/.

5. Resultados

Dado el alto número de análisis realizados, los resultados se muestran a continuación contextualizados en los objetivos del estudio, para mayor claridad.

Objetivo 1. Evaluar la frecuencia, tipología, y evitabilidad de las noticias sobre suicidio en la prensa digital de Canarias y España.

Frecuencia:

Se publicaron un total de 179 noticias (38 en medios de Canarias y 141 en medios nacionales) sobre suicidio que cumplían los criterios de inclusión.

El medio de Canarias con mayor frecuencia fue La Provincia, y a nivel nacional El Mundo. El medio de Canarias con menor frecuencia fue El Día, y a nivel nacional El Confidencial. El Día no publicó ninguna noticia con los criterios de inclusión.

Tabla 5. Frecuencia de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

Periódicos digitales	Canarias 7	El Día	La Opinión	La Provincia	ABC	El Confidencial	El Mundo	El País
n (%)	3 (1,68)	0 (0,0)	10 (5,59)	25 (13,97)	32 (17,88)	15 (8,38)	54 (30,17)	40 (22,35)
Áreas de distribución	Canarias				Nacionales			
n (%)	38 (21,23)				141 (78,77)			
Área de distribución	Nacionales más Canarias							
Total, n (%)	179 (100)							

Tipología según contenido:

El tipo de noticia de “suicidio tras un asesinato” fue el más frecuente en las noticias de “medios nacionales más Canarias” (37,99%), en las noticias de medios de Canarias (52,63%), y en las noticias de medios nacionales (34,04%). En algunos periódicos digitales más de la mitad de sus noticias versaron sobre “suicidio tras un asesinato” (en particular: 64% en La Provincia y 60% en El Confidencial).

En las noticias de “medios nacionales más Canarias”, después de la tipología “suicidio tras un asesinato”, el segundo tipo más publicado fue “suicidio de persona no famosa ni pública, sin desorden público” (18,44%), y el tercero fue “suicidio de personaje famoso o público” (16,76%). La suma de estos tres tipos constituyó el 74,3% de las noticias. Algo similar ocurrió en noticias de medios de Canarias y noticias de medios nacionales.

Tabla 6. Tipología según contenido de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

Tipología según contenido	Nacionales más Canarias	Canarias	Nacionales	Canarias 7	El Día	La Opinión	La Provincia	ABC	El Confidencial	El Mundo	El País
Suic. p. famosa, n (%)	30 (16,76)	4 (10,53)	26 (18,44)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10)	3 (12)	7 (21,88)	1 (6,67)	13 (24,07)	5 (12,5)
Suic. p. no famosa con des. público, n (%)	8 (4,47)	0 (0,0)	8 (5,67)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,38)	1 (6,67)	2 (3,7)	2 (5)
Suic. p. no famosa sin des. público, n (%)	33 (18,44)	6 (15,79)	27 (19,15)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (30)	3 (12)	6 (18,75)	1 (6,67)	11 (20,37)	9 (22,5)
Suic. asesinato, n (%)	68 (37,99)	20 (52,63)	48 (34,04)	1 (33,33)	0 (0,0)	3 (30)	16 (64)	11 (34,38)	9 (60)	15 (27,78)	13 (32,5)
Suic. masa, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Suic. asistido, n (%)	7 (3,91)	0 (0,0)	7 (4,96)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (5,56)	4 (10)
Estadísticas, n (%)	9 (5,03)	1 (2,63)	8 (5,67)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10)	0 (0,0)	2 (6,25)	2 (13,33)	4 (7,41)	0 (0,0)
Polít. y programas, n (%)	3 (1,68)	1 (2,63)	2 (1,42)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,67)	0 (0,0)	1 (2,5)
Investigación, n (%)	1 (0,56)	0 (0,0)	1 (0,71)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Causas, n (%)	1 (0,56)	0 (0,0)	1 (0,71)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Experiencia, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
A. Opinión, n (%)	1 (0,56)	0 (0,0)	1 (0,71)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,85)	0 (0,0)
C. jurídicas, n (%)	4 (2,23)	2 (5,26)	2 (1,42)	1 (33,33)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,85)	1 (2,5)
Otras, n (%)	14 (7,82)	4 (10,53)	10 (7,09)	1 (33,33)	0 (0,0)	1 (10)	2 (8)	3 (9,38)	0 (0,0)	4 (7,41)	3 (7,5)
Total, n	179	38	141	3	0	10	25	32	15	54	40

Abreviaturas: Suic. p. famosa: Suicidio de persona famosa o pública; Suic. p. no famosa con des. público: Suicidio de persona no famosa ni pública (y no adscribible a otra categoría) en el que exista desorden público; Suic. p. no famosa sin des. público: Suicidio de persona no famosa ni pública (y no adscribible a otra categoría) en el que no exista desorden público; Suic. asesinato: Suicidio tras un asesinato; Suic. masa: Suicidio en masa; Suic. asistido: Suicidio asistido; Estadísticas: Estadísticas sobre suicidio; Polít. y programas: Política y programas contra el suicidio; Investigación: Investigación sobre el suicidio; Causas: Causas de suicidio; Experiencia: Experiencia de una persona; A. Opinión: Artículo de opinión; C. jurídicas: Cuestiones jurídicas relativas a suicidio.

Tipología según conducta suicida:

El tipo de noticia más publicado según conducta suicida fue "suicidio" en las noticias de "medios nacionales más Canarias" (91,06%), en las noticias de medios de Canarias (94,74%), en las noticias de medios nacionales (90,07%), y en cada uno de los periódicos digitales por separado (con un porcentaje en todos ellos superior al 80%, excepto en El Día al no publicar ninguna noticia con los criterios de inclusión).

En los "medios nacionales más Canarias" las noticias sobre "intentos de suicidio" supusieron un 6,7%, y las de "ideas de suicidio" un 2,23%. Hubo varios medios que no tuvieron ninguna noticia de estas tipologías.

Tabla 7. Tipología según conducta suicida de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

Tipología según conducta suicida	Nacionales más Canarias	Canarias	Nacionales	Canarias 7	El Día	La Opinión	La Provincia	ABC	El Confidencial	El Mundo	El País
Suicidio, n (%)	163 (91,06)	36 (94,74)	127 (90,07)	3 (100)	0 (0,0)	9 (90)	24 (96)	27 (84,38)	13 (86,67)	47 (87,04)	40 (100)
Intento de suicidio, n (%)	12 (6,7)	2 (5,26)	10 (7,09)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10)	1 (4)	3 (9,38)	2 (13,33)	5 (9,26)	0 (0,0)
Ideas de suicidio, n (%)	4 (2,23)	0 (0,0)	4 (2,84)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,25)	0 (0,0)	2 (3,7)	0 (0,0)
Total, n	179	38	141	3	0	10	25	32	15	54	40

Evitabilidad:

El porcentaje de noticias "no evitables" fue 69,23% en las noticias de "medios nacionales más Canarias", 83,33% en las noticias de medios de Canarias, y 65,49% en las noticias de medios nacionales.

El porcentaje de noticias "no evitables" fue mayor al porcentaje de noticias "evitables" en todos los periódicos digitales (excepto en El Día al no publicar ninguna noticia con los criterios de inclusión). Todas las noticias de Canarias 7 fueron "no evitables".

Tabla 8. Evitabilidad de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

Evitabilidad	Nacionales más Canarias	Canarias	Nacionales	Canarias 7	El Día	La Opinión	La Provincia	ABC	El Confidencial	El Mundo	El País
Sí evitable, n (%)	44 (30,77)	5 (16,67)	39 (34,51)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (28,57)	3 (13,64)	8 (29,63)	1 (9,09)	17 (38,64)	13 (41,94)
No evitable, n (%)	99 (69,23)	25 (83,33)	74 (65,49)	1 (100)	0 (0,0)	5 (71,43)	19 (86,36)	19 (70,37)	10 (90,91)	27 (61,36)	18 (58,06)
Total, n	143	30	113	1	0	7	22	27	11	44	31

Objetivo 2. Evaluar la adhesión de la prensa digital de Canarias y España a las recomendaciones generales de la OMS sobre el tratamiento de las noticias sobre suicidio.

Clasificación Dicotómica de Adhesión:

El porcentaje de noticias con "no adhesión a las recomendaciones" fue 99,3% en las noticias de "medios nacionales más Canarias", 100% en las noticias de medios de Canarias, 99,12% en las noticias de medios nacionales.

El porcentaje de noticias con "no adhesión a las recomendaciones" fue mayor al porcentaje de noticias con "adhesión a las recomendaciones" en los "medios nacionales más Canarias", en los medios de Canarias, en los medios nacionales, y en cada periódico digital.

De todas las noticias de "medios nacionales más Canarias", solo una noticia (de El País) presentó adhesión según la Clasificación Dicotómica.

Tabla 9. Clasificación Dicotómica de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

Clasificación Dicotómica de Adhesión	Nacionales más Canarias	Canarias	Nacionales	Canarias 7	El Día	La Opinión	La Provincia	ABC	El Confidencial	El Mundo	El País
No adhesión, n (%)	142 (99,3)	30 (100)	112 (99,12)	1 (100)	0 (0,0)	7 (100)	22 (100)	27 (100)	11 (100)	44 (100)	30 (96,77)
Adhesión, n (%)	1 (0,69)	0 (0,0)	1 (0,88)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,23)
Total, n	143	30	113	1	0	7	22	27	11	44	31

Abreviaturas: *No adhesión: No adhesión a las recomendaciones; Adhesión: Adhesión a las recomendaciones.*

Grado de Adhesión:

La media (DE) del Grado de Adhesión fue 3,15 (4,09) en noticias de "medios nacionales más Canarias", 3,8 (3,76) en noticias de medios de Canarias, y 2,97 (4,17) en las noticias de medios nacionales.

Tabla 10. Grado de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

Grado de Adhesión	Nacionales más Canarias	Canarias	Nacionales	Canarias 7	El Día	La Opinión	La Provincia	ABC	El Confidencial	El Mundo	El País
N	143	30	113	1	0	7	22	27	11	44	31
Media	3,15	3,8	2,97	4	---	4,29	3,64	2,67	4	3,45	2,19
Desviación estándar	4,09	3,76	4,17	NA	---	3,35	4,03	3,09	2,97	4,57	4,71
Mínimo	-12	-8	-12	4	---	0	-8	-4	-2	-12	-8
Percentil 25	2	2	0	4	---	2	1,5	0	2	2	-2
Percentil 50	4	4	4	4	---	4	5	2	4	5	2
Percentil 75	6	6	6	4	---	6	6	6	6	6	6
Máximo	10	10	10	4	---	10	10	8	8	10	10

Grado de Adhesión de ítems QNH:

La media (DE) del Grado de Adhesión de ítems QNH fue 7,55 (3,91) en las noticias de "medios nacionales y Canarias", 8,2 (3,59) en las noticias de Canarias, y 7,37 (3,99) en las noticias de medios nacionales.

Solo El País presentó alguna noticia con adhesión a todos los ítems "Que no hacer".

Tabla 11. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué no hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

Grado de Adhesión de ítems QNH	Nacionales más Canarias	Canarias	Nacionales	Canarias 7	El Día	La Opinión	La Provincia	ABC	El Confidencial	El Mundo	El País
N	143	30	113	1	0	7	22	27	11	44	31
Media	7,55	8,2	7,37	9	---	8,14	8,18	6,56	8,45	8	6,81
Desviación estándar	3,91	3,59	3,99	NA	---	3,44	3,79	3,43	3,11	4,08	4,48
Mínimo	-5	-1	-5	9	---	3	-1	-1	3	-5	-1
Percentil 25	5	6,5	5	9	---	5	6,5	5	7	7	3
Percentil 50	9	9	9	9	---	9	9	7	9	9	7
Percentil 75	11	11	11	9	---	11	11	9	11	11	11
Máximo	15	13	15	9	---	13	13	11	13	13	15

Grado de Adhesión de ítems QH:

La media (DE) del Grado de Adhesión de ítems QH fue igual en las noticias de "medios nacionales y Canarias" (-4,4 (1,54)), en las noticias de Canarias (-4,4 (1,3)), y en las noticias de medios nacionales (-4,4 (1,6)).

La media del Grado de Adhesión de ítems QH fue negativa en los "medios nacionales más Canarias", en los medios de Canarias, en los medios nacionales, y en cada periódico digital.

Tanto medios de Canarias (en particular La Provincia) como nacionales (ABC, El Mundo, y El País) tuvieron alguna noticia que no presentó adhesión a ninguna de las recomendaciones "Qué hacer".

Tabla 12. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

Grado de Adhesión de ítems QH	Nacionales más Canarias	Canarias	Nacionales	Canarias 7	El Día	La Opinión	La Provincia	ABC	El Confidencial	El Mundo	El País
N	143	30	113	1	0	7	22	27	11	44	31
Media	-4,4	-4,4	-4,4	-5	---	-3,86	-4,55	-3,89	-4,45	-4,55	-4,61
Desviación estándar	1,54	1,3	1,6	NA	---	1,57	1,22	2,03	0,93	1,55	1,41
Mínimo	-7	-7	-7	-5	---	-5	-7	-7	-5	-7	-7
Percentil 25	-5	-5	-5	-5	---	-5	-5	-5	-5	-5	-5
Percentil 50	-5	-5	-5	-5	---	-5	-5	-5	-5	-5	-5
Percentil 75	-3	-3	-3	-5	---	-3	-4,5	-3	-3	-3,5	-5
Máximo	3	-1	3	-5	---	-1	-1	3	-3	-1	-1

Objetivo 3. Evaluar la adhesión a las diferentes recomendaciones específicas de la OMS.

En las noticias de "medios nacionales más Canarias" y en las noticias de medios nacionales las recomendaciones con mayor adhesión (igual o por encima de 95%) fueron QNH3, QNH9 y QNH12; y con menor adhesión (igual o por debajo de 5%) fueron QH2, QH3 y QH7.
En las noticias de medios de Canarias las recomendaciones con mayor adhesión (igual o por encima de 95%) fueron QNH3, QNH4, QNH8, QNH9 y QNNH12; y con menor adhesión (igual o por debajo de 5%) fueron QH3, QH5 y QH7.
La recomendación QH3 fue la única que no aparece en ninguna noticia de medios nacionales o de Canarias.

Tabla 13. Adhesión y no adhesión a cada recomendación específica de la OMS en las noticias sobre suicidio de periódicos digitales.

Adhesión y no adhesión de cada ítem		Nacionales más Canarias	Canarias	Nacionales	Canarias 7	El Día	La Opinión	La Provincia	ABC	El Confidencial	El Mundo	El País
QNH1	No adhesión, n (%)	32 (22,38)	4 (13,33)	28 (24,78)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,29)	3 (13,64)	12 (44,44)	1 (9,09)	7 (15,91)	8 (25,81)
	Adhesión, n (%)	111 (77,62)	26 (86,67)	85 (75,22)	1 (100)	0 (0,0)	6 (85,71)	19 (86,36)	15 (55,56)	10 (90,91)	37 (84,09)	23 (74,19)
QNH2	No adhesión, n (%)	124 (86,71)	25 (83,33)	99 (87,61)	1 (100)	0 (0,0)	6 (85,71)	18 (81,82)	27 (100)	11 (100)	35 (79,55)	26 (83,87)
	Adhesión, n (%)	19 (13,29)	5 (16,67)	14 (12,39)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,29)	4 (18,18)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (20,45)	5 (16,13)
QNH3	No adhesión, n (%)	4 (2,8)	0 (0,0)	4 (3,54)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (7,41)	0 (0,0)	2 (4,55)	0 (0,0)
	Adhesión, n (%)	139 (97,2)	30 (100)	109 (96,46)	1 (100)	0 (0,0)	7 (100)	22 (100)	25 (92,59)	11 (100)	42 (95,45)	31 (100)
QNH4	No adhesión, n (%)	9 (6,29)	0 (0,0)	9 (7,96)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	5 (11,36)	3 (9,68)
	Adhesión, n (%)	134 (93,71)	30 (100)	104 (92,04)	1 (100)	0 (0,0)	7 (100)	22 (100)	26 (96,3)	11 (100)	39 (88,64)	28 (90,32)
QNH5	No adhesión, n (%)	18 (12,59)	9 (30)	9 (7,96)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,29)	8 (36,36)	0 (0,0)	1 (9,09)	3 (6,82)	5 (16,13)
	Adhesión, n (%)	125 (87,41)	21 (70)	104 (92,04)	1 (100)	0 (0,0)	6 (85,71)	14 (63,64)	27 (100)	10 (90,91)	41 (93,18)	26 (83,87)
QNH6	No adhesión, n (%)	117 (81,82)	25 (83,33)	92 (81,42)	1 (100)	0 (0,0)	6 (85,71)	18 (81,82)	23 (85,19)	8 (72,73)	37 (84,09)	24 (77,42)
	Adhesión, n (%)	26 (18,18)	5 (16,67)	21 (18,58)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,29)	4 (18,18)	4 (14,81)	3 (27,27)	7 (15,91)	7 (22,58)
QNH7	No adhesión, n (%)	54 (37,76)	8 (26,67)	46 (40,71)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (42,86)	5 (22,73)	15 (55,56)	7 (63,64)	13 (29,55)	11 (35,48)
	Adhesión, n (%)	89 (62,24)	22 (73,33)	67 (59,29)	1 (100)	0 (0,0)	4 (57,14)	17 (77,27)	12 (44,44)	4 (36,36)	31 (70,45)	20 (64,52)
QNH8	No adhesión, n (%)	8 (5,59)	0 (0,0)	8 (7,08)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	4 (9,09)	3 (9,68)
	Adhesión, n (%)	135 (94,41)	30 (100)	105 (92,92)	1 (100)	0 (0,0)	7 (100)	22 (100)	26 (96,3)	11 (100)	40 (90,91)	28 (90,32)
QNH9	No adhesión, n (%)	3 (2,1)	0 (0,0)	3 (2,65)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,7)	0 (0,0)	2 (4,55)	0 (0,0)
	Adhesión, n (%)	140 (97,9)	30 (100)	110 (97,35)	1 (100)	0 (0,0)	7 (100)	22 (100)	26 (96,3)	11 (100)	42 (95,45)	31 (100)
QNH10	No adhesión, n (%)	38 (26,57)	7 (23,33)	31 (27,43)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (28,57)	5 (22,73)	9 (33,33)	2 (18,18)	9 (20,45)	11 (35,48)
	Adhesión, n (%)	105 (73,43)	23 (76,67)	82 (72,57)	1 (100)	0 (0,0)	5 (71,43)	17 (77,27)	18 (66,67)	9 (81,82)	35 (79,55)	20 (64,52)
QNH11	No adhesión, n (%)	57 (39,86)	12 (40)	45 (39,82)	1 (100)	0 (0,0)	3 (42,86)	8 (36,36)	12 (44,44)	3 (27,27)	14 (31,82)	16 (51,61)
	Adhesión, n (%)	86 (60,14)	18 (60)	68 (60,18)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (57,14)	14 (63,64)	15 (55,56)	8 (72,73)	30 (68,18)	15 (48,39)

QNH12	No adhesión, n (%)	3 (2,1)	0 (0,0)	3 (2,65)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (7,41)	0 (0,0)	1 (2,27)	0 (0,0)
	Adhesión, n (%)	140 (97,9)	30 (100)	110 (97,35)	1 (100)	0 (0,0)	7 (100)	22 (100)	25 (92,59)	11 (100)	43 (97,73)	31 (100)
QNH13	No adhesión, n (%)	22 (15,38)	3 (10)	19 (16,81)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,29)	2 (9,09)	3 (11,11)	2 (18,18)	7 (15,91)	7 (22,58)
	Adhesión, n (%)	121 (84,62)	27 (90)	94 (83,19)	1 (100)	0 (0,0)	6 (85,71)	20 (90,91)	24 (88,89)	9 (81,82)	37 (84,09)	24 (77,42)
QNH14	No adhesión, n (%)	25 (17,48)	3 (10)	22 (19,47)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,29)	2 (9,09)	3 (11,11)	1 (9,09)	9 (20,45)	9 (29,03)
	Adhesión, n (%)	118 (82,52)	27 (90)	91 (80,53)	1 (100)	0 (0,0)	6 (85,71)	20 (90,91)	24 (88,89)	10 (90,91)	35 (79,55)	22 (70,97)
QNH15	No adhesión, n (%)	19 (13,29)	6 (20)	13 (11,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (27,27)	3 (11,11)	0 (0,0)	6 (13,64)	4 (12,9)
	Adhesión, n (%)	124 (86,71)	24 (80)	100 (88,5)	1 (100)	0 (0,0)	7 (100)	16 (72,73)	24 (88,89)	11 (100)	38 (86,36)	27 (87,1)
QH1	No adhesión, n (%)	16 (11,19)	4 (13,33)	12 (10,62)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,29)	3 (13,64)	3 (11,11)	0 (0,0)	6 (13,64)	3 (9,68)
	Adhesión, n (%)	127 (88,81)	26 (86,67)	101 (89,38)	1 (100)	0 (0,0)	6 (85,71)	19 (86,36)	24 (88,89)	11 (100)	38 (86,36)	28 (90,32)
QH2	No adhesión, n (%)	137 (95,8)	28 (93,33)	109 (96,46)	1 (100)	0 (0,0)	6 (85,71)	21 (95,45)	24 (88,89)	11 (100)	43 (97,73)	31 (100)
	Adhesión, n (%)	6 (4,2)	2 (6,67)	4 (3,54)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,29)	1 (4,55)	3 (11,11)	0 (0,0)	1 (2,27)	0 (0,0)
QH3	No adhesión, n (%)	143 (100)	30 (100)	113 (100)	1 (100)	0 (0,0)	7 (100)	22 (100)	27 (100)	11 (100)	44 (100)	31 (100)
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
QH4	No adhesión, n (%)	129 (90,21)	25 (83,33)	104 (92,04)	1 (100)	0 (0,0)	5 (71,43)	19 (86,36)	25 (92,59)	10 (90,91)	42 (95,45)	27 (87,1)
	Adhesión, n (%)	14 (9,79)	5 (16,67)	9 (7,96)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (28,57)	3 (13,64)	2 (7,41)	1 (9,09)	2 (4,55)	4 (12,9)
QH5	No adhesión, n (%)	130 (90,91)	30 (100)	100 (88,5)	1 (100)	0 (0,0)	7 (100)	22 (100)	23 (85,19)	11 (100)	36 (81,82)	30 (96,77)
	Adhesión, n (%)	13 (9,09)	0 (0,0)	13 (11,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (14,81)	0 (0,0)	8 (18,18)	1 (3,23)
QH6	No adhesión, n (%)	118 (82,52)	24 (80)	94 (83,19)	1 (100)	0 (0,0)	5 (71,43)	18 (81,82)	18 (66,67)	9 (81,82)	40 (90,91)	27 (87,1)
	Adhesión, n (%)	25 (17,48)	6 (20)	19 (16,81)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (28,57)	4 (18,18)	9 (33,33)	2 (18,18)	4 (9,09)	4 (12,9)
QH7	No adhesión, n (%)	142 (99,3)	30 (100)	112 (99,12)	1 (100)	0 (0,0)	7 (100)	22 (100)	27 (100)	11 (100)	43 (97,73)	31 (100)
	Adhesión, n (%)	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (0,88)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,27)	0 (0,0)
Total		143	30	113	1	0	7	22	27	11	44	31

Abreviaturas: *No adhesión: No adhesión a las recomendaciones; Adhesión: Adhesión a las recomendaciones.*

Objetivo 4. Identificar diferencias entre los medios de comunicación analizados en las variables estudiadas.

4.1. Entre los medios de Canarias y los medios nacionales.

El número de medios de Canarias comparado con el número de medios nacionales fue el mismo: cuatro.

Frecuencia:
El porcentaje de noticias emitidas fue distinto entre medios de Canarias y medios nacionales, siendo mayor en los medios nacionales (78,8%) en comparación con los medios de Canarias (21,2%) ($p < 0,001$).

Tipología según contenido:
Derivado de una cuestión de factibilidad estadística, la comparativa se realizó con las tres tipologías más frecuentes. El porcentaje de cada categoría no fue distinto entre los medios de Canarias y los medios nacionales ($p = 0,165$).

Tipología según conducta suicida:
El porcentaje de cada categoría no fue distinto entre los medios de Canarias y los medios nacionales ($p = 0,775$).

Evitabilidad:
El porcentaje de noticias "evitables" fue mayor en los medios nacionales que en los medios de Canarias, si bien con tendencia a la significación estadística (34,5% vs. 16,7%; $p = 0,075$).

Clasificación Dicotómica de Adhesión:
El porcentaje de noticias con "adhesión a las recomendaciones" no fue distinto entre los medios de Canarias y los medios nacionales ($p = 1$).

Grado de Adhesión:
Las medias del Grado de Adhesión entre los medios de Canarias y los medios nacionales no fueron distintas ($p = 0,38$).

Grado de Adhesión de ítems QNH:
Las medias del Grado de Adhesión de ítems QNH entre los medios de Canarias y los medios nacionales no fueron distintas ($p = 0,3$).

Grado de Adhesión de ítems QH:
Las medias del Grado de Adhesión de ítems QH entre los medios de Canarias y los medios nacionales no fueron distintas ($p = 0,85$).

Adhesión a las diferentes recomendaciones específicas de la OMS:
El porcentaje de adhesión del ítem QNH5 fue distinto entre los medios de Canarias y los medios nacionales, siendo la adhesión mayor en las noticias de los medios nacionales (92%) en comparación con las noticias de medios de Canarias (70%) ($p = 0,003$). El porcentaje de adhesión del ítem QH5 fue mayor en los medios nacionales que en los medios de Canarias, si bien con tendencia a la significación (11,5% vs. 0%; $p = 0,07$).

Todos los periódicos presentaron ausencia de adhesión en el ítem QH3, por lo que no se pudo realizar la comparativa. En el resto de ítems no existieron diferencias entre los porcentajes de adhesión de los medios de Canarias y los medios nacionales.

Tabla 14. Comparativa de las noticias sobre suicidio entre los medios de Canarias y los medios nacionales.

		Canarias	Nacionales	Total	p-valor
Frecuencia, n (%)		38 (21,2)	141 (78,8)	179	< **0,001**
Tipología según contenido	Suic. asesinato, n (%)	20 (66,7)	48 (47,5)	68	0,165
	Suic. p. no famosa sin des. público, n (%)	6 (20)	27 (26,7)	33	
	Suic. p. famosa, n (%)	4 (13,3)	26 (25,7)	30	
	Total, n (%)	30 (22,9)	101 (77,1)	131	
Tipología según conducta suicida	Suicidio, n (%)	36 (94,7)	127 (90,1)	163	0,775
	Intento de suicidio, n (%)	2 (5,3)	10 (7,1)	12	
	Ideas de suicidio, n (%)	0 (0,0)	4 (2,8)	4	
	Total, n (%)	38 (21,2)	141 (78,8)	179	
Evitabilidad	Sí evitable, n (%)	5 (16,7)	39 (34,5)	44	0,075
	No evitable, n (%)	25 (83,3)	74 (65,5)	99	
	Total, n (%)	30 (21,0)	113 (79,0)	143	
Clasificación Dicotómica de Adhesión	No adhesión, n (%)	30 (100)	112 (99,1)	142	1
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	1 (0,9)	1	
	Total, n (%)	30 (21,0)	113 (79,0)	143	
Grado de Adhesión, media (DE)		3,8 (3,76)	2,97 (4,17)	---	0,38
Grado de Adhesión de ítems QNH, media (DE)		8,2 (3,59)	7,37 (3,99)	---	0,3
Grado de Adhesión de ítems QH, media (DE)		-4,4 (1,3)	-4,4 (1,6)	---	0,85
QNH1	No adhesión, n (%)	4 (13,3)	28 (24,8)	32	0,224
	Adhesión, n (%)	26 (86,7)	85 (75,2)	111	
QNH2	No adhesión, n (%)	25 (83,3)	99 (87,6)	124	0,55
	Adhesión, n (%)	5 (16,7)	14 (12,4)	19	
QNH3	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	4 (3,5)	4	0,579
	Adhesión, n (%)	30 (100)	109 (96,5)	139	
QNH4	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	9 (8)	9	0,204
	Adhesión, n (%)	30 (100)	104 (92)	134	
QNH5	No adhesión, n (%)	9 (30)	9 (8)	18	**0,003**
	Adhesión, n (%)	21 (70)	104 (92)	125	
QNH6	No adhesión, n (%)	25 (83,3)	92 (81,4)	117	1
	Adhesión, n (%)	5 (16,7)	21 (18,6)	26	
QNH7	No adhesión, n (%)	8 (26,7)	46 (40,7)	54	0,205
	Adhesión, n (%)	22 (73,3)	67 (59,3)	89	
QNH8	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	8 (7,1)	8	0,204
	Adhesión, n (%)	30 (100)	105 (92,9)	135	
QNH9	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	3 (2,7)	3	1
	Adhesión, n (%)	30 (100)	110 (97,3)	140	
QNH10	No adhesión, n (%)	7 (23,3)	31 (27,4)	38	0,817
	Adhesión, n (%)	23 (76,7)	82 (72,6)	105	
QNH11	No adhesión, n (%)	12 (40)	45 (39,8)	57	1
	Adhesión, n (%)	18 (60)	68 (60,2)	86	
QNH12	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	3 (2,7)	3	1
	Adhesión, n (%)	30 (100)	110 (97,3)	140	
QNH13	No adhesión, n (%)	3 (10)	19 (16,8)	22	0,569
	Adhesión, n (%)	27 (90)	94 (83,2)	121	
QNH14	No adhesión, n (%)	3 (10)	22 (19,5)	25	0,287
	Adhesión, n (%)	27 (90)	91 (80,5)	118	
QNH15	No adhesión, n (%)	6 (20)	13 (11,5)	19	0,234
	Adhesión, n (%)	24 (80)	100 (88,5)	124	
QH1	No adhesión, n (%)	4 (13,3)	12 (10,6)	16	0,745
	Adhesión, n (%)	26 (86,7)	101 (89,4)	127	
QH2	No adhesión, n (%)	28 (93,3)	109 (96,5)	137	0,606
	Adhesión, n (%)	2 (6,7)	4 (3,5)	6	
QH3	No adhesión, n (%)	30 (100)	113 (100)	143	---
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
QH4	No adhesión, n (%)	25 (83,3)	104 (92)	129	0,172
	Adhesión, n (%)	5 (16,7)	9 (8)	14	
QH5	No adhesión, n (%)	30 (100)	100 (88,5)	130	0,07
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	13 (11,5)	13	
QH6	No adhesión, n (%)	24 (80)	94 (83,2)	118	0,787
	Adhesión, n (%)	6 (20)	19 (16,8)	25	
QH7	No adhesión, n (%)	30 (100)	112 (99,1)	142	1
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	1 (0,9)	1	

Abreviaturas: *Suic. asesinato: Suicidio tras un asesinato; Suic. p. no famosa sin des. público: Suicidio de persona no famosa ni pública (y no adscribible a otra categoría) en el que no exista desorden público; Suic. p. famosa: Suicidio de persona famosa o pública; No adhesión: No adhesión a las recomendaciones; Adhesión: Adhesión a las recomendaciones.*

4.2. Entre los diferentes medios de Canarias.

Se realizó la comparativa estadística solo entre La Opinión y La Provincia debido a que El Diario no presentó noticias sobre suicidio que cumplieran los criterios de inclusión y Canarias 7 presentó un número muy bajo de estas.

Frecuencia:

Tabla 15. Frecuencia de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias.

Periódico digital	Frecuencia	Porcentaje
Canarias 7	3	7,89
El Día	0	0,0
La Opinión	10	26,32
La Provincia	25	65,79
Total	38	100

Si tenemos solo en cuenta La Opinión y La Provincia, el porcentaje de noticias emitidas entre ambos periódicos digitales fue distinto, siendo mayor en La Provincia (71,4%) en comparación con La Opinión (28,6%) ($p < 0,001$).

Tipología según contenido:
Derivado de una cuestión de factibilidad estadística, la comparativa se realizó con las tres tipologías más frecuentes. El porcentaje de cada categoría no fue distinto entre La Opinión y La Provincia ($p = 0,241$).

Tipología según conducta suicida:
El porcentaje de cada categoría no fue distinto entre La Opinión y La Provincia ($p = 0,496$).

Evitabilidad:
El porcentaje de noticias “evitables” no fue distinto entre La Opinión y La Provincia ($p = 0,569$).

Clasificación Dicotómica de Adhesión:
No se pudo realizar la comparativa porque ninguna noticia presentaba adhesión según la Clasificación Dicotómica de Adhesión.

Grado de Adhesión:
Las medias del Grado de Adhesión entre La Opinión y La Provincia no fueron distintas ($p = 0,998$).

Grado de Adhesión de ítems QNH:
Las medias del Grado de Adhesión de ítems QNH entre La Opinión y La Provincia no fueron distintas ($p = 0,82$).

Grado de Adhesión de ítems QH:
Las medias del Grado de Adhesión de ítems QH entre La Opinión y La Provincia no fueron distintas ($p = 0,31$).

Adhesión a las diferentes recomendaciones específicas de la OMS:

Tanto La Opinión como La Provincia presentaron ausencia de adhesión en los ítems QNH3, QNH4, QNH8, QNH9, QNH12, QH3, QH5, y QH7; por lo que no se pudo realizar la comparativa de dichas recomendaciones. En el resto de ítems no existieron diferencias entre los porcentajes de adhesión de La Opinión y La Provincia.

Tabla 16. Comparativa de las noticias sobre suicidio entre La Opinión y La Provincia.

		La Opinión	La Provincia	Total	p-valor
Frecuencia, n (%)		10 (28,6)	25 (71,4)	35	**< 0,001**
Tipología según contenido	Suic. asesinato, n (%)	3 (42,9)	16 (72,7)	19	0,241
	Suic. p. no famosa sin des. público, n (%)	3 (42,9)	3 (13,6)	6	
	Suic. p. famosa, n (%)	1 (14,3)	3 (13,6)	4	
	Total, n (%)	7 (24,1)	22 (75,9)	29	
Tipología según conducta suicida	Suicidio, n (%)	9 (90,0)	24 (96,0)	33	0,496
	Intento de suicidio, n (%)	1 (10,0)	1 (4,0)	2	
	Ideas de suicidio, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
	Total, n (%)	10 (28,6)	25 (71,4)	35	
Evitabilidad	Sí evitable, n (%)	2 (28,6)	3 (13,6)	5	0,569
	No evitable, n (%)	5 (71,4)	19 (86,4)	24	
	Total, n (%)	7 (24,1)	22 (75,9)	29	
Clasificación Dicotómica de Adhesión	No adhesión, n (%)	7 (100)	22 (100)	29	---
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
	Total, n (%)	7 (24,14)	22 (75,86)	29	
Grado de Adhesión, media (DE)		4,29 (3,35)	3,64 (4,03)	---	0,998
Grado de Adhesión de ítems QNH, media (DE)		8,14 (3,44)	8,18 (3,79)	---	0,82
Grado de Adhesión de ítems QH, media (DE)		-3,86 (1,57)	-4,55 (1,22)	---	0,31
QNH1	No adhesión, n (%)	1 (14,3)	3 (13,6)	4	1
	Adhesión, n (%)	6 (85,7)	19 (86,4)	25	
QNH2	No adhesión, n (%)	6 (85,7)	18 (81,8)	24	1
	Adhesión, n (%)	1 (14,3)	4 (18,2)	5	
QNH3	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	---
	Adhesión, n (%)	7 (100)	22 (100)	29	
QNH4	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	---
	Adhesión, n (%)	7 (100)	22 (100)	29	
QNH5	No adhesión, n (%)	1 (14,3)	8 (36,4)	9	0,382
	Adhesión, n (%)	6 (85,7)	14 (63,6)	20	
QNH6	No adhesión, n (%)	6 (85,7)	18 (81,8)	24	1
	Adhesión, n (%)	1 (14,3)	4 (18,2)	5	
QNH7	No adhesión, n (%)	3 (42,9)	5 (22,7)	8	0,357
	Adhesión, n (%)	4 (57,1)	17 (77,3)	21	
QNH8	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	---
	Adhesión, n (%)	7 (100)	22 (100)	29	
QNH9	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	---
	Adhesión, n (%)	7 (100)	22 (100)	29	
QNH10	No adhesión, n (%)	2 (28,6)	5 (22,7)	7	1
	Adhesión, n (%)	5 (71,4)	17 (77,3)	22	
QNH11	No adhesión, n (%)	3 (42,9)	8 (36,4)	11	1
	Adhesión, n (%)	4 (57,1)	14 (63,6)	18	
QNH12	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	---
	Adhesión, n (%)	7 (100)	22 (100)	29	
QNH13	No adhesión, n (%)	1 (14,3)	2 (9,1)	3	1
	Adhesión, n (%)	6 (85,7)	20 (90,9)	26	
QNH14	No adhesión, n (%)	1 (14,3)	2 (9,1)	3	1
	Adhesión, n (%)	6 (85,7)	20 (90,9)	26	
QNH15	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	6 (27,3)	6	0,289
	Adhesión, n (%)	7 (100)	16 (72,7)	23	
QH1	No adhesión, n (%)	1 (14,3)	3 (13,6)	4	1
	Adhesión, n (%)	6 (85,7)	19 (86,4)	25	
QH2	No adhesión, n (%)	6 (85,7)	21 (95,5)	27	0,431
	Adhesión, n (%)	1 (14,3)	1 (4,5)	2	
QH3	No adhesión, n (%)	7 (100)	22 (100)	29	---
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
QH4	No adhesión, n (%)	5 (71,4)	19 (86,4)	24	0,569
	Adhesión, n (%)	2 (28,6)	3 (13,6)	5	
QH5	No adhesión, n (%)	7 (100)	22 (100)	29	---
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
QH6	No adhesión, n (%)	5 (71,4)	18 (81,8)	23	0,612
	Adhesión, n (%)	2 (28,6)	4 (18,2)	6	
QH7	No adhesión, n (%)	7 (100)	22 (100)	29	---
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	

Abreviaturas: *Suic. asesinato: Suicidio tras un asesinato; Suic. p. no famosa sin des. público: Suicidio de persona no famosa ni pública (y no adscribible a otra categoría) en el que no exista desorden público; Suic. p. famosa: Suicidio de persona famosa o pública; No adhesión: No adhesión a las recomendaciones; Adhesión: Adhesión a las recomendaciones.*

4.3. Entre los diferentes medios nacionales.

Frecuencia:
El porcentaje de noticias emitidas entre los diferentes medios nacionales fue distinto, siendo mayor en El Mundo (38,3%) ($p < 0,001$).

Tipología según contenido:
Derivado de una cuestión de factibilidad estadística, la comparativa se realizó con las tres tipologías más frecuentes. El porcentaje de cada categoría no fue distinto entre los diferentes medios nacionales ($p = 0,30$).

Tipología según conducta suicida:
El porcentaje de cada categoría no fue distinto entre los diferentes medios nacionales ($p = 0,122$).

Evitabilidad:
El porcentaje de noticias "evitables" no fue distinto entre los diferentes medios nacionales ($p = 0,215$).

Clasificación Dicotómica de Adhesión:
El porcentaje de noticias con "adhesión a las recomendaciones" no fue distinto entre los diferentes medios nacionales ($p = 0,611$).

Grado de Adhesión:
Las medias del Grado de Adhesión entre los diferentes medios nacionales no fueron distintas ($p = 0,483$).

Grado de Adhesión de ítems QNH:
Las medias del Grado de Adhesión de ítems QNH entre los diferentes medios nacionales no fueron distintas ($p = 0,303$).

Grado de Adhesión de ítems QH:
Las medias del Grado de Adhesión de ítems QH entre los diferentes medios nacionales no fueron distintas ($p = 0,301$).

Adhesión a las diferentes recomendaciones específicas de la OMS:
El porcentaje de adhesión del ítem QNH1 fue distinto entre los diferentes medios nacionales, siendo la adhesión mayor en El Confidencial (90,9%) y menor en ABC (55,6%) ($p = 0,037$). También, el porcentaje de adhesión del ítem QNH2 fue distinto entre los diferentes medios nacionales; siendo la adhesión mayor en El Mundo (20,5%) y nulo en El Confidencial y ABC ($p = 0,027$). El porcentaje de adhesión del ítem QNH7 fue distinto entre los diferentes medios nacionales, siendo la adhesión mayor en El Mundo (70,5%) y menor en El Confidencial (36,4%), si bien con tendencia a la significación ($p = 0,0584$). Asimismo, el porcentaje de adhesión del ítem QH6 fue distinto entre los diferentes medios nacionales, siendo la adhesión mayor en ABC (33,3%) y menor en El Mundo (9,1%), si bien con tendencia a la significación ($p = 0,066$). En el resto de ítems no existieron diferencias entre los porcentajes de adhesión de los diferentes medios nacionales.

Tabla 17. Comparativa de las noticias sobre suicidio entre los diferentes periódicos digitales nacionales.

		ABC	El Confidencial	El Mundo	El País	Total	p-valor
Frecuencia, n (%)		32 (22,7)	15 (10,6)	54 (38,3)	40 (28,4)	141	< **0,001**
Tipología según contenido	Suic. asesinato, n (%)	11 (45,8)	9 (81,8)	15 (38,5)	13 (48,2)	48	0,30
	Suic. p. no famosa sin des. público, n (%)	6 (25,0)	1 (9,1)	11 (28,2)	9 (33,3)	27	
	Suic. p. famosa, n (%)	7 (29,2)	1 (9,1)	13 (33,3)	5 (18,5)	26	
	Total, n (%)	24 (23,8)	11 (10,9)	39 (38,6)	27 (26,7)	101	
Tipología según conducta suicida	Suicidio, n (%)	27 (84,4)	13 (86,7)	47 (87,0)	40 (100)	127	0,122
	Intento de suicidio, n (%)	3 (9,4)	2 (13,3)	5 (9,3)	0 (0,0)	10	
	Ideas de suicidio, n (%)	2 (6,2)	0 (0,0)	2 (3,7)	0 (0,0)	4	
	Total, n (%)	32 (22,7)	15 (10,6)	54 (38,3)	40 (28,4)	141	
Evitabilidad	Sí evitable, n (%)	8 (29,6)	1 (9,1)	17 (38,6)	13 (41,9)	39	0,215
	No evitable, n (%)	19 (70,4)	10 (90,9)	27 (61,4)	18 (58,1)	74	
	Total, n (%)	27 (23,9)	11 (9,7)	44 (38,9)	31 (27,4)	113	
Clasificación Dicotómica de Adhesión	No adhesión, n (%)	27 (100)	11 (100)	44 (100)	30 (96,8)	112	0,611
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,2)	1	
	Total, n (%)	27 (23,9)	11 (9,7)	44 (38,9)	31 (27,4)	113	
Grado de Adhesión, media (DE)		2,67 (3,09)	4 (2,97)	3,45 (4,57)	2,19 (4,71)	---	0,483
Grado de Adhesión de ítems QNH, media (DE)		6,56 (3,43)	8,45 (3,11)	8 (4,08)	6,81 (4,48)	---	0,303
Grado de Adhesión de ítems QH, media (DE)		-3,89 (2,03)	-4,45 (0,93)	-4,55 (1,55)	-4,61 (1,41)	---	0,301
QNH1	No adhesión, n (%)	12 (44,4)	1 (9,1)	7 (15,9)	8 (25,8)	28	**0,037**
	Adhesión, n (%)	15 (55,6)	10 (90,9)	37 (84,1)	23 (74,2)	85	
QNH2	No adhesión, n (%)	27 (100)	11 (100)	35 (79,5)	26 (83,9)	99	**0,027**
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (20,5)	5 (16,1)	14	
QNH3	No adhesión, n (%)	2 (7,4)	0 (0,0)	2 (4,5)	0 (0,0)	4	0,466
	Adhesión, n (%)	25 (92,6)	11 (100)	42 (95,5)	31 (100)	109	
QNH4	No adhesión, n (%)	1 (3,7)	0 (0,0)	5 (11,4)	3 (9,7)	9	0,636
	Adhesión, n (%)	26 (96,3)	11 (100)	39 (88,6)	28 (90,3)	104	
QNH5	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	1 (9,1)	3 (6,8)	5 (16,1)	9	0,126
	Adhesión, n (%)	27 (100)	10 (90,9)	41 (93,2)	26 (83,9)	104	
QNH6	No adhesión, n (%)	23 (85,2)	8 (72,7)	37 (84,1)	24 (77,4)	92	0,678
	Adhesión, n (%)	4 (14,8)	3 (27,3)	7 (15,9)	7 (22,6)	21	
QNH7	No adhesión, n (%)	15 (55,6)	7 (63,6)	13 (29,5)	11 (35,5)	46	0,0584
	Adhesión, n (%)	12 (44,4)	4 (36,4)	31 (70,5)	20 (64,5)	67	
QNH8	No adhesión, n (%)	1 (3,7)	0 (0,0)	4 (9,1)	3 (9,7)	8	0,763
	Adhesión, n (%)	26 (96,3)	11 (100)	40 (90,9)	28 (90,3)	105	
QNH9	No adhesión, n (%)	1 (3,7)	0 (0,0)	2 (4,5)	0 (0,0)	3	0,717
	Adhesión, n (%)	26 (96,3)	11 (100)	42 (95,5)	31 (100)	110	
QNH10	No adhesión, n (%)	9 (33,3)	2 (18,2)	9 (20,5)	11 (35,5)	31	0,406
	Adhesión, n (%)	18 (66,7)	9 (81,8)	35 (79,5)	20 (64,5)	82	
QNH11	No adhesión, n (%)	12 (44,4)	3 (27,3)	14 (31,8)	16 (1,6)	45	0,28
	Adhesión, n (%)	15 (55,6)	8 (72,7)	30 (68,2)	15 (48,4)	68	
QNH12	No adhesión, n (%)	2 (7,4)	0 (0,0)	1 (2,3)	0 (0,0)	3	0,521
	Adhesión, n (%)	25 (92,6)	11 (100)	43 (97,7)	31 (100)	110	
QNH13	No adhesión, n (%)	3 (11,1)	2 (18,2)	7 (15,9)	7 (22,6)	19	0,704
	Adhesión, n (%)	24 (88,9)	9 (81,8)	37 (84,1)	24 (77,4)	94	
QNH14	No adhesión, n (%)	3 (11,1)	1 (9,1)	9 (20,5)	9 (29,0)	22	0,343
	Adhesión, n (%)	24 (88,9)	10 (90,9)	35 (79,5)	22 (71,0)	91	
QNH15	No adhesión, n (%)	3 (11,1)	0 (0,0)	6 (13,6)	4 (12,9)	13	0,766
	Adhesión, n (%)	24 (88,9)	11 (100)	38 (86,4)	27 (87,1)	100	
QH1	No adhesión, n (%)	3 (11,1)	0 (0,0)	6 (13,6)	3 (9,7)	12	0,765
	Adhesión, n (%)	24 (88,9)	11 (100)	38 (86,4)	28 (90,3)	101	
QH2	No adhesión, n (%)	24 (88,9)	11 (100)	43 (97,7)	31 (100)	109	0,138
	Adhesión, n (%)	3 (11,1)	0 (0,0)	1 (2,3)	0 (0,0)	4	
QH3	No adhesión, n (%)	27 (100)	11 (100)	44 (100)	31 (100)	113	1
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
QH4	No adhesión, n (%)	25 (92,6)	10 (90,9)	42 (95,5)	27 (87,1)	104	0,532
	Adhesión, n (%)	2 (7,4)	1 (9,1)	2 (4,5)	4 (12,9)	9	
QH5	No adhesión, n (%)	23 (85,2)	11 (100)	36 (81,8)	30 (96,8)	100	0,128
	Adhesión, n (%)	4 (14,8)	0 (0,0)	8 (18,2)	1 (3,2)	13	
QH6	No adhesión, n (%)	18 (66,7)	9 (81,8)	40 (90,9)	27 (87,1)	94	0,066
	Adhesión, n (%)	9 (33,3)	2 (18,2)	4 (9,1)	4 (12,9)	19	
QH7	No adhesión, n (%)	27 (100)	11 (100)	43 (97,7)	31 (100)	112	1
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,3)	0 (0,0)	1	

Abreviaturas: *Suic. asesinato: Suicidio tras un asesinato; Suic. p. no famosa sin des. público: Suicidio de persona no famosa ni pública (y no adscribible a otra categoría) en el que no exista desorden público; Suic. p. famosa: Suicidio de persona famosa o pública; No adhesión: No adhesión a las recomendaciones; Adhesión: Adhesión a las recomendaciones.*

Objetivo 5. Comparar la adhesión a las recomendaciones de la OMS y potencial evitabilidad, de las noticias sobre suicidio en la prensa digital de Canarias y otra área en la que se haya desarrollado una intervención duradera y a múltiples niveles (Victoria, Australia).

El número de medios de Canarias comparado con el número de medios de Victoria fue el mismo: cuatro.

Frecuencia:
El porcentaje de noticias emitidas entre los medios de Canarias y los medios de Victoria fue distinto, siendo mayor en Victoria (86,2%) en comparación con Canarias (13,8%) ($p < 0,001$).

Tipología según contenido:
Derivado de una cuestión de factibilidad estadística, la comparativa se realizó con las tres tipologías más frecuentes. El porcentaje de cada categoría fue distinto entre los medios de Canarias y los medios de Victoria ($p = 0,002$). En los medios de Canarias predominaban las noticias sobre "suicidio tras un asesinato" (66,7%), sin embargo, en los medios de Victoria las tres categorías más frecuentes presentaron porcentajes similares (31,4% de las noticias trataron sobre "suicidio tras un asesinato", 32,2% sobre "suicidio de una persona no famosa sin desorden público", y 36,4% sobre "suicidio de una persona famosa").

Tipología según conducta suicida:
El porcentaje de cada categoría entre los medios de Canarias y los medios de Victoria no fue distinto ($p = 0,294$).

Evitabilidad:
El porcentaje de noticias "evitables" fue distinto entre los medios de Canarias y los medios de Victoria, presentando los medios de Victoria mayor porcentaje de noticias "evitables" (43,5%) en comparación con los medios de Canarias (16,7%) ($p = 0,007$).

Clasificación Dicotómica de Adhesión:
El porcentaje de noticias con "no adhesión a las recomendaciones" fue distinto entre los medios de Canarias y los medios de Victoria, presentando los medios de Canarias mayor porcentaje de noticias sin adhesión (100%) en comparación con los medios de Victoria (86,3%) ($p = 0,026$).

Grado de Adhesión:
Las medias del Grado de Adhesión entre los medios de Canarias y los medios de Victoria fueron distintas ($p < 0,001$). Es mayor el Grado de Adhesión en los medios de Victoria en comparación con los medios de Canarias (mayor media, y mayores cuartiles con una diferencia entre estos de 8 puntos).
En Canarias, a diferencia de Victoria, existieron noticias en que el Grado de Adhesión fue un valor negativo.
En Victoria, a diferencia de Canarias, existieron noticias en que el Grado de Adhesión fue completo (22 puntos).

Tabla 18. Grado de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias y Victoria.

Grado de Adhesión	Canarias	Victoria
N	30	131
Media	3,8	11,8
Desviación estándar	3,76	3,84
Mínimo	-8	2
Percentil 25	2	10
Percentil 50	4	12
Percentil 75	6	14
Máximo	10	22

Grado de Adhesión de ítems QNH:

Las medias del Grado de Adhesión de los ítems QNH entre los medios de Canarias y los medios de Victoria fueron distintas ($p < 0,001$). Es mayor el Grado de Adhesión de ítems QNH en los medios de Victoria (mayor media y mayores cuartiles).

En Canarias, a diferencia de Victoria, existieron noticias en que el Grado de Adhesión de ítems QNH fue un valor negativo.

En Victoria, a diferencia de Canarias, existieron noticias en que el Grado de Adhesión de ítems QNH fue completo (15 puntos).

Tabla 19. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué no hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias y Victoria.

Grado de Adhesión de ítems QNH	Canarias	Victoria
N	30	131
Media	8,2	11,38
Desviación estándar	3,59	2,59
Mínimo	-1	3
Percentil 25	6,5	9
Percentil 50	9	11
Percentil 75	11	13
Máximo	13	15

Grado de Adhesión de ítems QH:

Las medias del Grado de Adhesión de ítems QH entre los medios de Canarias y los medios de Victoria fueron distintas ($p < 0,001$). Es mayor el Grado de Adhesión de ítems QH en los medios de Victoria (mayor media y mayores cuartiles).

En Canarias, a diferencia de Victoria, existieron noticias sin adhesión a ningún ítem QH (Grado de Adhesión de ítems QH: -7 puntos).

En Canarias, a diferencia de Victoria, ninguna noticia tuvo un Grado de Adhesión de ítems QH con valor positivo.

En Victoria, a diferencia de Canarias, existieron noticias en que el Grado de Adhesión de ítems QH fue completo (7 puntos).

Tabla 20. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias y Victoria.

Grado de Adhesión de ítems QH	Canarias	Victoria
N	30	131
Media	-4,4	0,42
Desviación estándar	1,3	3,25
Mínimo	-7	-5
Percentil 25	-5	-3
Percentil 50	-5	1
Percentil 75	-3	3
Máximo	-1	7

Adhesión a las diferentes recomendaciones específicas de la OMS:

En cuanto a las recomendaciones "Qué no hacer", el porcentaje de noticias con adhesión a QNH2, QNH5, QNH6, QNH7, QNH10, y QNH11 fue distinto entre los medios de Canarias y los medios de Victoria:

Ítem QNH2, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (47,3%) que en Canarias (16,7%) ($p = 0,002$).

Ítem QNH5, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (97,7%) que en Canarias (70%) ($p < 0,001$).

Ítem QNH6, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (55%) que en Canarias (16,7%) ($p < 0,001$).

Ítem QNH7, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (96,2%) que en Canarias (73,3%) ($p < 0,001$).

Ítem QNH10, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (96,9%) que en Canarias (76,7%) ($p < 0,001$).

Ítem QNH11, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (82,4%) que en Canarias (60%) ($p = 0,013$).

Tanto en los medios de Canarias como de Victoria: todas las noticias presentaron adhesión al ítem QNH9 y QNH12, por lo que no se pudo realizar la comparativa.

En todas las recomendaciones "Qué hacer" el porcentaje de noticias con adhesión fue diferente entre los medios de Canarias y los medios de Victoria:

Ítem QH1, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (98,5%) que en Canarias (86,7%) ($p = 0,011$).

Ítem QH2, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (32,8%) que en Canarias (6,7%) ($p = 0,003$).

Ítem QH3, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (76,3%) que en Canarias (0%) ($p < 0,001$).

Ítem QH4, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (42%) que en Canarias (16,7%) ($p = 0,011$).

Ítem QH5, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (51,1%) que en Canarias (0%) ($p < 0,001$).

Ítem QH6, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (51,9%) que en Canarias (20%) (p = 0,002).
Ítem QH7, existió mayor proporción de adhesión en Victoria (18,3%) que en Canarias (0%) (p = 0,008).

Tanto en los medios de Canarias como de Victoria: el porcentaje de no adhesión a los ítems QNH2, QH2, QH4, y QH7 fue mayor al de adhesión. En los medios de Canarias el porcentaje de no adhesión a los ítems QNH6, QH3, QH5, y QH6 fue mayor al de adhesión, siendo en los medios de Victoria el porcentaje de adhesión a los mencionados ítems mayor que el porcentaje de no adhesión.

Tabla 21. Comparativa de las noticias sobre suicidio entre los periódicos digitales de Canarias y Victoria.

		Canarias	Victoria	Total	p-valor
Frecuencia, n (%)		38 (13,8)	237 (86,2)	275	< **0,001**
Tipología según contenido	Suic. asesinato, n (%)	20 (66,7)	38 (31,4)	58	**0,002**
	Suic. p. no famosa sin des. público, n (%)	6 (20)	39 (32,2)	45	
	Suic. p. famosa, n (%)	4 (13,3)	44 (36,4)	48	
	Total, n (%)	30 (19,9)	121 (80,1)	151	
Tipología según conducta suicida	Suicidio, n (%)	36 (94,7)	202 (85,2)	238	0,294
	Intento de suicidio, n (%)	2 (5,3)	22 (9,3)	24	
	Ideas de suicidio, n (%)	0 (0,0)	13 (5,5)	13	
	Total, n (%)	38 (13,8)	237 (86,2)	275	
Evitabilidad	Sí evitable, n (%)	5 (16,7)	57 (43,5)	62	**0,007**
	No evitable, n (%)	25 (83,3)	74 (56,5)	99	
	Total, n (%)	30 (18,6)	131 (81,4)	161	
Clasificación Dicotómica de Adhesión	No adhesión, n (%)	30 (100)	113 (86,3)	143	**0,026**
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	18 (13,7)	18	
	Total, n (%)	30 (18,6)	131 (81,4)	161	
Grado de Adhesión, media (DE)		3,8 (3,76)	11,8 (3,84)	---	< **0,001**
Grado de Adhesión de ítems QNH, media (DE)		8,2 (3,59)	11,38 (2,59)	---	< **0,001**
Grado de Adhesión de ítems QH, media (DE)		-4,4 (1,3)	0,42 (3,25)	---	< **0,001**
QNH1	No adhesión, n (%)	4 (13,3)	12 (9,2)	16	0,502
	Adhesión, n (%)	26 (86,7)	119 (90,8)	145	
QNH2	No adhesión, n (%)	25 (83,3)	69 (52,7)	94	**0,002**
	Adhesión, n (%)	5 (16,7)	62 (47,3)	67	
QNH3	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	6 (4,6)	6	0,594
	Adhesión, n (%)	30 (100)	125 (95,4)	155	
QNH4	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	6 (4,6)	6	0,594
	Adhesión, n (%)	30 (100)	125 (95,4)	155	
QNH5	No adhesión, n (%)	9 (30)	3 (2,3)	12	< **0,001**
	Adhesión, n (%)	21 (70)	128 (97,7)	149	
QNH6	No adhesión, n (%)	25 (83,3)	59 (45)	84	< **0,001**
	Adhesión, n (%)	5 (16,7)	72 (55)	77	
QNH7	No adhesión, n (%)	8 (26,7)	5 (3,8)	13	< **0,001**
	Adhesión, n (%)	22 (73,3)	126 (96,2)	148	
QNH8	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	1 (0,8)	1	1
	Adhesión, n (%)	30 (100)	130 (99,2)	160	
QNH9	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	---
	Adhesión, n (%)	30 (100)	131 (100)	161	
QNH10	No adhesión, n (%)	7 (23,3)	4 (3,1)	11	< **0,001**
	Adhesión, n (%)	23 (76,7)	127 (96,9)	150	
QNH11	No adhesión, n (%)	12 (40)	23 (17,6)	35	**0,013**
	Adhesión, n (%)	18 (60)	108 (82,4)	126	
QNH12	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	---
	Adhesión, n (%)	30 (100)	131 (100)	161	
QNH13	No adhesión, n (%)	3 (10)	10 (7,6)	13	0,711
	Adhesión, n (%)	27 (90)	121 (92,4)	148	
QNH14	No adhesión, n (%)	3 (10)	14 (10,7)	17	1
	Adhesión, n (%)	27 (90)	117 (89,3)	144	
QNH15	No adhesión, n (%)	6 (20)	25 (19,1)	31	1
	Adhesión, n (%)	24 (80)	106 (80,9)	130	
QH1	No adhesión, n (%)	4 (13,3)	2 (1,5)	6	**0,011**
	Adhesión, n (%)	26 (86,7)	129 (98,5)	155	
QH2	No adhesión, n (%)	28 (93,3)	88 (67,2)	116	**0,003**
	Adhesión, n (%)	2 (6,7)	43 (32,8)	45	
QH3	No adhesión, n (%)	30 (100)	31 (23,7)	61	< **0,001**
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	100 (76,3)	100	
QH4	No adhesión, n (%)	25 (83,3)	76 (58)	101	**0,011**
	Adhesión, n (%)	5 (16,7)	55 (42)	60	
QH5	No adhesión, n (%)	30 (100)	64 (48,9)	94	< **0,001**
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	67 (51,1)	67	
QH6	No adhesión, n (%)	24 (80)	63 (48,1)	87	**0,002**
	Adhesión, n (%)	6 (20)	68 (51,9)	74	
QH7	No adhesión, n (%)	30 (100)	107 (81,7)	137	**0,008**
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	24 (18,3)	24	

Abreviaturas: *Suic. asesinato: Suicidio tras un asesinato; Suic. p. no famosa sin des. público: Suicidio de persona no famosa ni pública (y no adscribible a otra categoría) en el que no exista desorden público; Suic. p. famosa: Suicidio de persona famosa o pública; No adhesión: No adhesión a las recomendaciones; Adhesión: Adhesión a las recomendaciones.*

Objetivo 6. Evaluar la efectividad de una intervención formativa puntual dirigida a los medios de comunicación de Canarias, en cuanto a la adhesión a las recomendaciones de la OMS y evitabilidad.

El número de medios comparados antes y después de la intervención en Canarias fue el mismo: cuatro.

Frecuencia:
El porcentaje de noticias emitidas antes y después de la intervención en Canarias fue distinto, siendo mayor tras la formación (62,8%) que previo a esta (37,2%) ($p < 0,001$).

Tipología según contenido:
Derivado de una cuestión de factibilidad estadística, la comparativa se realizó con las tres tipologías más frecuentes. El porcentaje de cada categoría antes y después de la intervención en Canarias no fue distinto ($p = 0,239$).

Tipología según conducta suicida:
No se pudo realizar la comparativa entre las tres tipologías porque no se registraron noticias sobre ideación suicida.
Al realizar la comparativa entre noticias sobre suicidio consumado y noticias sobre intentos de suicidio, los porcentajes no fueron distintos antes y después de la intervención en Canarias ($p = 1$).

Tabla 22. Comparativa antes y después de la intervención en Canarias entre las noticias sobre suicidio y las noticias sobre intentos de suicidio.

Tipología según conducta suicida	Canarias pre-intervención	Canarias post-intervención	Total	p-valor
Suicidio, n (%)	36 (94,7)	61 (95,3)	97	1
Intento de suicidio, n (%)	2 (5,3)	3 (4,7)	5	
Total, n (%)	38 (37,3)	64 (62,7)	102	

Evitabilidad:
El porcentaje de noticias "evitables" antes y después de la intervención en Canarias fue distinto; el 16,7% de las noticias fueron "evitables" previo a la formación en comparación con el 40,7% de las noticias "evitables" tras esta ($p = 0,031$).

Clasificación Dicotómica de Adhesión:
El porcentaje de noticias con "adhesión a las recomendaciones" fue mayor después de la intervención que antes de esta, si bien con tendencia a la significación (11,9% vs. 0%; $p = 0,09$).

Grado de Adhesión:
La media (DE) del Grado de Adhesión fue mayor en las noticias post-intervención (5,69 (3,52)) que en las noticias pre-intervención (3,8 (3,76)), si bien con tendencia a la significación ($p = 0,07$).
Algunas noticias pre-intervención, a diferencia de las noticias post-intervención, presentaron un valor negativo del Grado de Adhesión.

Tabla 23. Grado de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias antes y después de una intervención.

Grado de Adhesión	Pre-intervención	Post-intervención
N	30	59
Media	3,8	5,69
Desviación estándar	3,76	3,52
Mínimo	-8	0
Percentil 25	2	2
Percentil 50	4	6
Percentil 75	6	8
Máximo	10	16

Grado de Adhesión de ítems QNH:

Las medias del Grado de Adhesión de ítems QNH antes y después de la intervención en Canarias no fueron distintas (p = 0,26).

Todas las noticias post-intervención presentaron un Grado de Adhesión de ítems QNH con valor positivo, a diferencia de las noticias pre-intervención.

En las noticias post-intervención, a diferencia de las noticias pre-intervención, existieron noticias en que el Grado de Adhesión de ítems QNH fue completo (15 puntos).

Tabla 24. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué no hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias antes y después de una intervención.

Grado de Adhesión de ítems QNH	Pre-intervención	Post-intervención
N	30	59
Media	8,2	9,54
Desviación estándar	3,59	2,97
Mínimo	-1	5
Percentil 25	6,5	7
Percentil 50	9	9
Percentil 75	11	11
Máximo	13	15

Grado de Adhesión de ítems QH:

Las medias del Grado de Adhesión de ítems QH antes y después de la intervención en Canarias no fueron distintas (p = 0,1).

Algunas noticias pre-intervención, a diferencia de las noticias post-intervención, no presentaron adhesión a ninguna recomendación QH.

Tabla 25. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales de Canarias antes y después de una intervención.

Grado de Adhesión de ítems QH	Pre-intervención	Post-intervención
N	30	59
Media	-4,4	-3,85
Desviación estándar	1,3	1,54
Mínimo	-7	-5
Percentil 25	-5	-5
Percentil 50	-5	-5
Percentil 75	-3	-3
Máximo	-1	1

<u>Adhesión a las diferentes recomendaciones específicas de la OMS:</u>

Los porcentajes de adhesión a los ítems QNH1, QNH10, QNH11, y QH5 antes y después de la intervención en Canarias fueron distintos. El porcentaje de adhesión a QNH1 fue mayor tras la formación (100%) que antes de esta (86,7%) ($p = 0,011$). El porcentaje de adhesión a QNH10 fue mayor tras la formación (91,5%) que antes de esta (76,7%), si bien con tendencia a la significación ($p = 0,096$). El porcentaje de adhesión a QNH11 fue mayor tras la formación (96,6%) que antes de esta (60%) ($p < 0,001$). El porcentaje de adhesión a QH5 fue mayor tras la formación (18,6%) que antes de esta (0%) ($p = 0,014$).

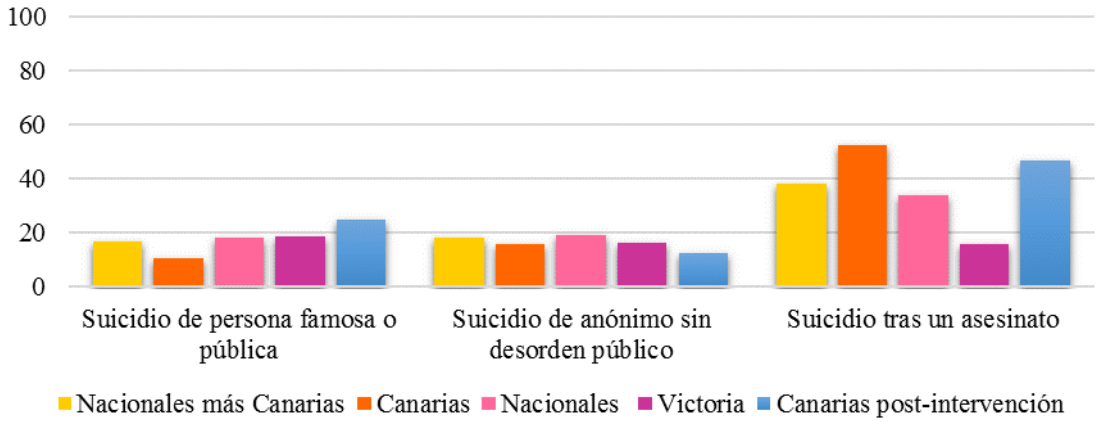
Tanto antes como después de la intervención todas las noticias presentaron adhesión a los ítems QNH8 y QNH9, y no adhesión a los ítems QH3 y QH7, por lo que no se pudo realizar tales comparativas. En el resto de ítems no existieron diferencias entre los porcentajes de adhesión antes y después de la intervención.

Tabla 26. Comparativa de las noticias sobre suicidio entre los medios de Canarias antes y después de una intervención.

		Pre-intervención	Post-intervención	Total	p-valor
Frecuencia, n (%)		38 (37,2)	64 (62,8)	102	< **0,001**
Tipología según contenido	Suic. asesinato, n (%)	20 (66,7)	30 (55,6)	50	0,239
	Suic. p. no famosa sin des. público, n (%)	6 (20)	8 (14,8)	14	
	Suic. p. famosa, n (%)	4 (13,3)	16 (29,6)	20	
	Total, n (%)	30 (35,7)	54 (64,3)	84	
Tipología según conducta suicida	Suicidio, n (%)	36 (94,7)	61 (95,3)	97	---
	Intento de suicidio, n (%)	2 (5,3)	3 (4,7)	5	
	Ideas de suicidio, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
	Total, n (%)	38 (37,3)	64 (62,7)	102	
Evitabilidad	Sí evitable, n (%)	5 (16,7)	24 (40,7)	29	**0,031**
	No evitable, n (%)	25 (83,3)	35 (59,3)	60	
	Total, n (%)	30 (33,7)	59 (66,3)	89	
Clasificación Dicotómica de Adhesión	No adhesión, n (%)	30 (100)	52 (88,1)	82	0,09
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	7 (11,9)	7	
	Total, n (%)	30 (33,7)	59 (66,3)	89	
Grado de Adhesión, media (DE)		3,8 (3,76)	5,69 (3,52)	---	0,07
Grado de Adhesión de ítems QNH, media (DE)		8,2 (3,59)	9,54 (2,97)	---	0,26
Grado de Adhesión de ítems QH, media (DE)		-4,4 (1,3)	-3,85 (1,54)	---	0,1
QNH1	No adhesión, n (%)	4 (13,3)	0 (0,0)	4	**0,011**
	Adhesión, n (%)	26 (86,7)	59 (100)	85	
QNH2	No adhesión, n (%)	25 (83,3)	45 (76,3)	70	0,587
	Adhesión, n (%)	5 (16,7)	14 (23,7)	19	
QNH3	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	1 (1,7)	1	1
	Adhesión, n (%)	30 (100)	58 (98,3)	88	
QNH4	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	2 (3,4)	2	0,548
	Adhesión, n (%)	30 (100)	57 (96,6)	87	
QNH5	No adhesión, n (%)	9 (30)	26 (44,1)	35	0,253
	Adhesión, n (%)	21 (70)	33 (55,9)	54	
QNH6	No adhesión, n (%)	25 (83,3)	39 (66,1)	64	0,134
	Adhesión, n (%)	5 (16,7)	20 (33,9)	25	
QNH7	No adhesión, n (%)	8 (26,7)	19 (32,2)	27	0,635
	Adhesión, n (%)	22 (73,3)	40 (67,8)	62	
QNH8	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	---
	Adhesión, n (%)	30 (100)	59 (100)	89	
QNH9	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	---
	Adhesión, n (%)	30 (100)	59 (100)	89	
QNH10	No adhesión, n (%)	7 (23,3)	5 (8,5)	12	0,096
	Adhesión, n (%)	23 (76,7)	54 (91,5)	77	
QNH11	No adhesión, n (%)	12 (40)	2 (3,4)	14	< **0,001**
	Adhesión, n (%)	18 (60)	57 (96,6)	75	
QNH12	No adhesión, n (%)	0 (0,0)	1 (1,7)	1	1
	Adhesión, n (%)	30 (100)	58 (98,3)	88	
QNH13	No adhesión, n (%)	3 (10)	5 (8,5)	8	1
	Adhesión, n (%)	27 (90)	54 (91,5)	81	
QNH14	No adhesión, n (%)	3 (10)	3 (5,1)	6	0,401
	Adhesión, n (%)	27 (90)	56 (94,9)	83	
QNH15	No adhesión, n (%)	6 (20)	13 (22)	19	1
	Adhesión, n (%)	24 (80)	46 (78)	70	
QH1	No adhesión, n (%)	4 (13,3)	5 (8,5)	9	0,479
	Adhesión, n (%)	26 (86,7)	54 (91,5)	80	
QH2	No adhesión, n (%)	28 (93,3)	54 (91,5)	82	1
	Adhesión, n (%)	2 (6,7)	5 (8,5)	7	
QH3	No adhesión, n (%)	30 (100)	59 (100)	89	---
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	
QH4	No adhesión, n (%)	25 (83,3)	46 (78)	71	0,781
	Adhesión, n (%)	5 (16,7)	13 (22)	18	
QH5	No adhesión, n (%)	30 (100)	48 (81,4)	78	**0,014**
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	11 (18,6)	11	
QH6	No adhesión, n (%)	24 (80)	49 (83,1)	73	0,774
	Adhesión, n (%)	6 (20)	10 (16,9)	16	
QH7	No adhesión, n (%)	30 (100)	59 (100)	89	---
	Adhesión, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0	

Abreviaturas: *Suic. asesinato: Suicidio tras un asesinato; Suic. p. no famosa sin des. público: Suicidio de persona no famosa ni pública (y no adscribible a otra categoría) en el que no exista desorden público; Suic. p. famosa: Suicidio de persona famosa o pública; No adhesión: No adhesión a las recomendaciones; Adhesión: Adhesión a las recomendaciones.*

Figura 2. Tipología según contenido de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.



Nota: *En la figura se representan aquellas tipologías que en todos los grupos presentaron un porcentaje mayor al 10%.*

Figura 3. Tipología según conducta suicida de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

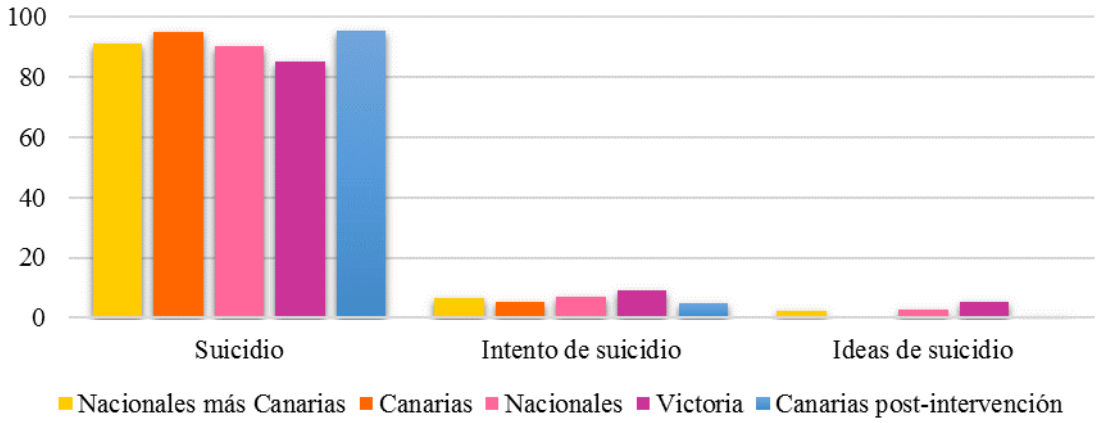


Figura 4. Evitabilidad de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

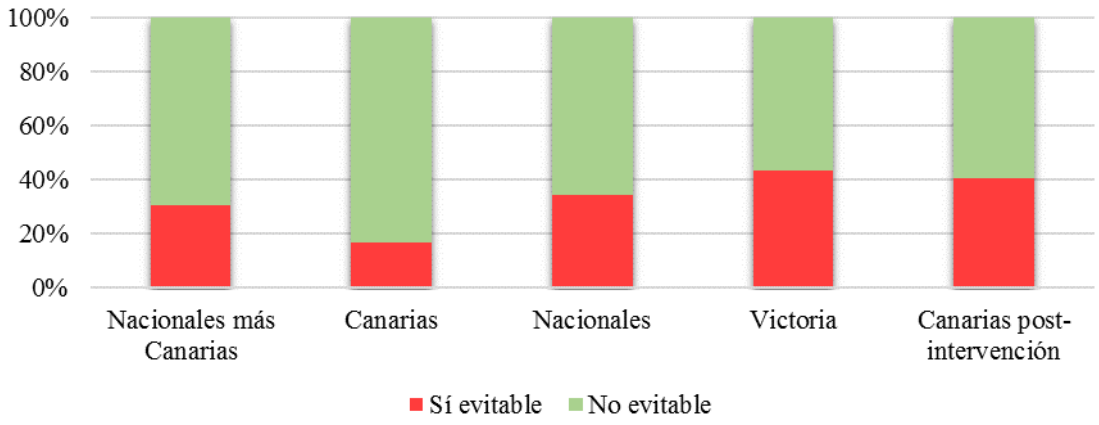


Figura 5. Clasificación Dicotómica de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

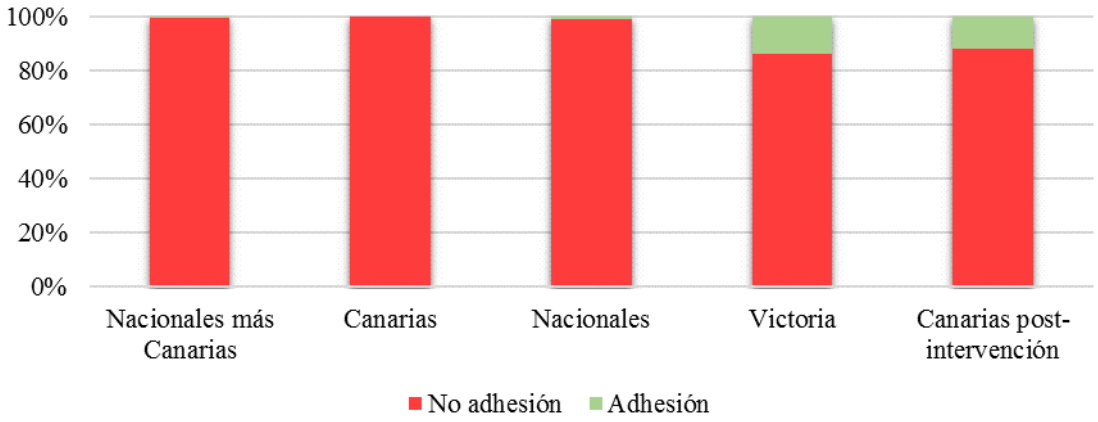


Figura 6. Grado de Adhesión de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

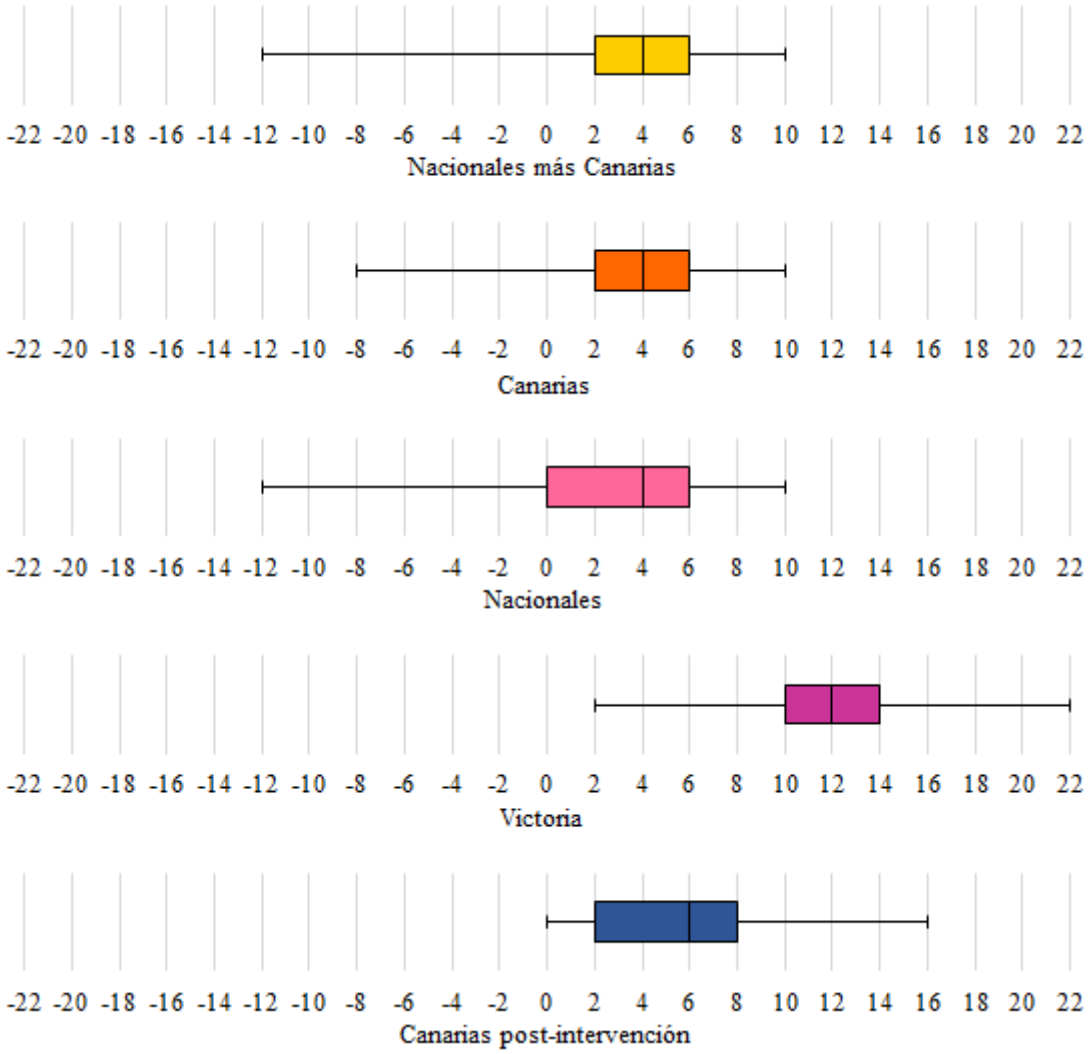


Figura 7. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué no hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

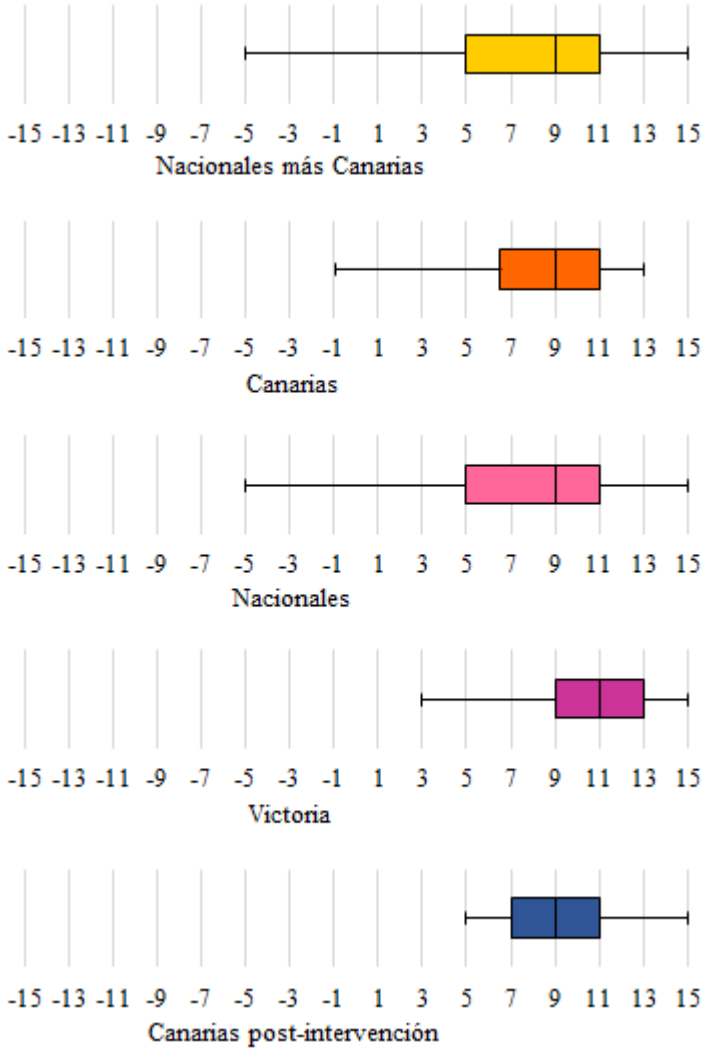


Figura 8. Grado de Adhesión a recomendaciones "Qué hacer" de las noticias sobre suicidio en periódicos digitales.

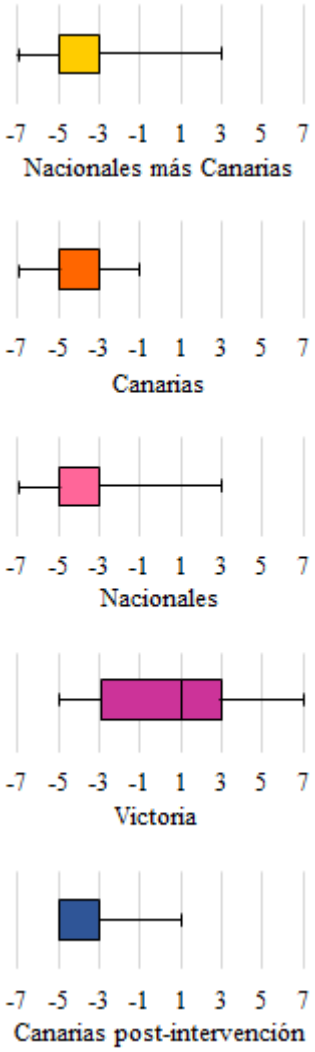
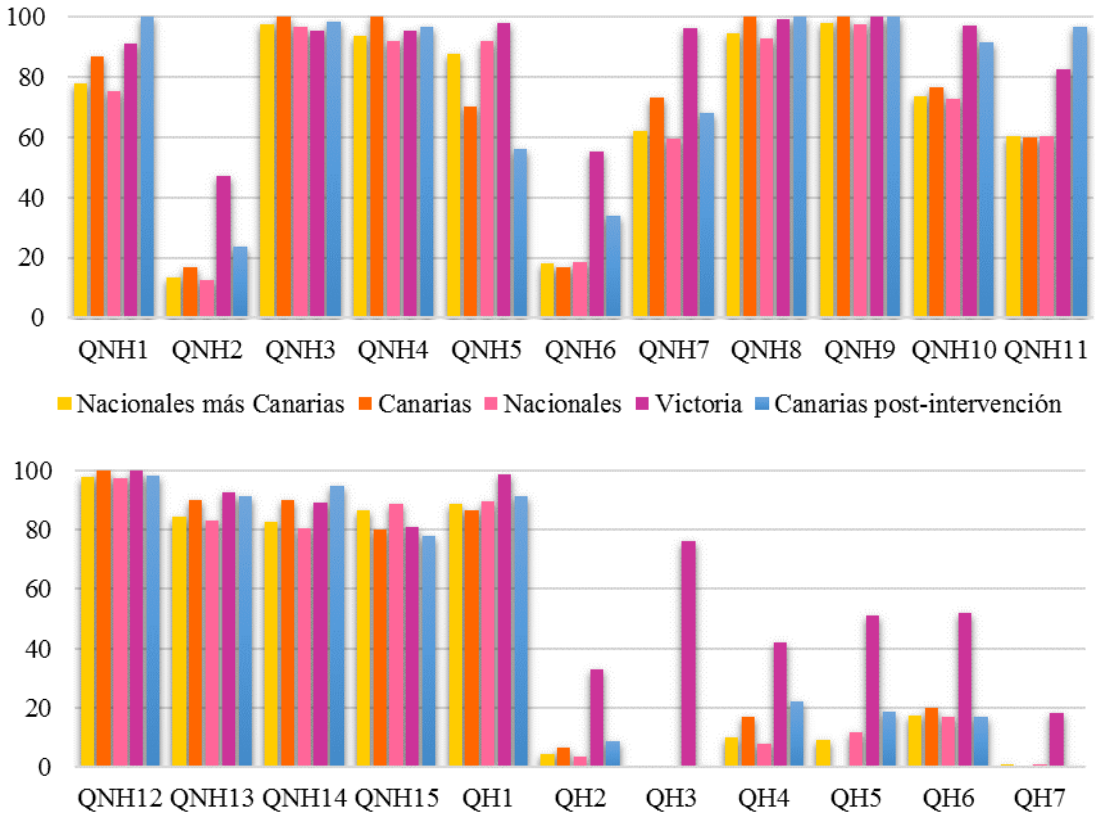


Figura 9. Adhesión a cada recomendación específica de la OMS en las noticias sobre suicidio de periódicos digitales.



6. Discusión

Hasta nuestro conocimiento, este es el primer estudio que evalúa tanto el grado de adhesión a las recomendaciones de la OMS, como la potencial evitabilidad de las noticias sobre suicidio. Especificar que el concepto "evitabilidad" se definió por primera vez en la literatura científica. Asimismo, es el primer estudio que incluye la evaluación de las últimas recomendaciones de la OMS publicadas en 2017. Además, es el primer estudio sobre adhesión a las recomendaciones de la OMS en medios de Canarias; el primero que compara la adhesión a las recomendaciones de la OMS entre medios nacionales españoles y regionales; y el primero que compara la adhesión a las recomendaciones de la OMS entre áreas geográficas donde no se hace intervención respecto a cómo presentar el suicidio en los medios con otra donde sí se lleva a cabo.

6.1. Adhesión a las recomendaciones de la OMS y evitabilidad de las noticias sobre suicidio.

Al evaluar la adhesión a las recomendaciones de la OMS, se obtuvieron las siguientes valoraciones. Desde una perspectiva dicotómica de la adhesión, en los "medios nacionales más Canarias" la práctica totalidad de las noticias no presentaron adhesión a las recomendaciones (99,3%) y solo una minoría fueron adherentes (0,69%). Misma situación tuvo lugar en los medios de Canarias (100% y 0% respectivamente), y en los medios nacionales (99,12% y 0,88% respectivamente). Estos porcentajes de noticias sin adhesión fueron muy superiores a los hallados en estudios anteriores que también definieron la adhesión de forma dual. Un estudio suizo identificó que un 44,4% de las noticias sobre suicidio fueron redactadas de forma inadecuada. En función de 22 recomendaciones estadounidenses de la Association of State and Territorial Health Officials y otras instituciones (Association of State and Territorial Health Officials et al., 1991), donde la ausencia de adhesión a cada una se puntuó como 1 y su adhesión como 0, este estudio definió como noticia con riesgo de imitación ("risk of imitation score") aquella con una puntuación mayor o igual a 6 puntos (Frey et al., 1997). Un estudio en India registró un 50% de no adhesión a las recomendaciones de la OMS (OMS, 2000). Este valor se obtuvo al sumar el número de recomendaciones ignoradas de todas las noticias sobre suicidio, dividido entre las quince recomendaciones evaluadas por todas las noticias sobre suicidio (Ramadas y Kuttichira, 2011).

Es difícil comparar nuestros hallazgos sobre la adhesión con los de estudios previos. Por un lado, porque la forma de evaluación de las noticias difirió en función de las recomendaciones analizadas. Unos estudios evaluaron las noticias en base a guías nacionales (Frey et al., 1997; Pirkis et al., 2002; Tatum et al., 2010), otros según las recomendaciones de la OMS (Jain y Kumar, 2016; Lee et al., 2014; Muñoz y Sánchez, 2014; Ramadas y Kuttichira, 2011), y otros a través de una combinación de ambas (Au et al., 2004; Niederkrotenthaler et al., 2010). Por otro lado, nuestro estudio presentó unos criterios más restrictivos al definir noticia con "no adhesión a las recomendaciones" como aquella que no se adhiere al menos a una recomendación "Qué no hacer" o/y no se adhiere a alguna recomendación "Qué hacer".

Independientemente de los criterios utilizados, es evidente, a la luz de nuestros hallazgos y los de otros estudios, que existe un alto nivel de no adhesión a las recomendaciones de la OMS en medios nacionales españoles y de Canarias. Existen varios factores que pueden influir en este hecho. Uno podría ser que los periodistas desconozcan el efecto contagio que puede generar ciertas noticias sobre suicidio, así como la existencia de recomendaciones sobre cómo redactar este tipo de noticias. Otro factor podría ser que los profesionales de los medios de comunicación, tendentes a la

desatención de las recomendaciones sobre cómo informar el suicidio (Jamieson et al., 2003), presenten mayor dificultad y reticencia al uso de las mismas si estas están redactadas en un idioma distinto al propio. Esto podría ser el caso de los periodistas de habla hispana, quienes solo han dispuesto del primer documento de la OMS traducido al español (OMS, 2000) hasta la publicación del compendio de los tres documentos de la OMS en español a cargo de Acosta et al. (2017). Un tercer factor podría ser la definición restrictiva de noticia con no adhesión previamente mencionada. De hecho, respecto a estudios que no especificaron la adhesión de forma dicotómica (sino que analizaron la adhesión a cada una de las diferentes recomendaciones) existen hallazgos más semejantes al nuestro. Es el caso de un estudio hongkonés, el cual identificó que al menos un 92,6% de las noticias sobre el suicidio no presentaron adhesión a alguna recomendación de la OMS (OMS, 2000) o guías internacionales, como fue redactar el método suicida en el titular (Au et al., 2004).

En cuanto a la gradación de la adhesión a las recomendaciones, con rango de referencia +22 y -22, los "medios nacionales más Canarias" se adhirieron en un 3,15; los medios de Canarias en un 3,8; y los medios nacionales en un 2,97. Dado que se trata del primer estudio que evalúa la gradación de la adhesión, no es posible comparar estos hallazgos. Este hallazgo supone, en cualquier caso, un bajo grado de adhesión a las recomendaciones de la OMS.

En síntesis, a la vista de los hallazgos sobre la adhesión, se puede concluir, para todos los grupos evaluados, que la adhesión a las recomendaciones de la OMS fue marcadamente baja desde una perspectiva dicotómica, y notablemente baja desde la perspectiva de la gradación.

De forma más pormenorizada, en la gradación de la adhesión al conjunto de recomendaciones "Qué no hacer" (entre +15 y -15), los "medios nacionales más Canarias" se adhirieron en un 7,55; los medios de Canarias en un 8,2; y los medios nacionales en un 7,37. Este hallazgo denota una reducida adhesión a las recomendaciones que evitan el efecto contagio del suicidio, hecho que sería necesario modificar. Esta situación se podría deber a que los periodistas desconozcan la necesidad de publicar noticias con un mínimo de calidad, es decir sin características con efecto Werther. Además, resulta preocupante el que ningún medio, excepto El País, publicase alguna noticia con adhesión a todas las recomendaciones "Qué no hacer". Este hecho deja patente la necesidad apremiante de acciones formativas y divulgativas a los profesionales de los medios de comunicación sobre las recomendaciones que evitan el efecto contagio del suicidio.

En cuanto a la gradación de la adhesión al conjunto de recomendaciones "Qué hacer" (entre +7 y -7), tanto los "medios nacionales más Canarias", como los medios de Canarias, y los medios nacionales, presentaron un valor de -4,4. Nuestro hallazgo muestra una muy baja adhesión a las recomendaciones con efecto protector contra el suicidio; circunstancia sobre la que es imprescindible actuar para conseguir una mayor implicación de los medios en adherirse a tales recomendaciones. Ello podría ser consecuencia del desconocimiento por parte de los periodistas de las posibilidades educativas y preventivas relativas al suicidio, es decir caracteres con efecto Papageno, que puede presentar una noticia sobre este tema. Asimismo, la necesidad de mejorar las características con efecto protector en las noticias sobre suicidio se justifica en que tanto

periódicos nacionales (ABC, El Mundo, y El País) como regionales (en particular La Provincia) tuvieron alguna noticia sin adhesión a las recomendaciones "Qué hacer".

El análisis de las recomendaciones de forma individual permitió identificar aquellas con menor adhesión. Así, de entre las veintidós recomendaciones, las tres con mayor "no adhesión" en "medios nacionales más Canarias" fueron QH3 (*Proporcione información sobre recursos comunitarios y líneas de ayuda*) (100%), QH7 (*Aproveche la oportunidad para educar a la población sobre el suicidio*) (99,3%), y QH2 (*Resalte las alternativas al suicidio, ya sea mediante información genérica o mediante historias de personas, que ilustren cómo afrontar las circunstancias adversas, las ideas de suicidio, y cómo pedir ayuda*) (95,8%). Estas tres recomendaciones también fueron las menos seguidas en los medios nacionales (QH3: 100%, QH7: 99,12%, y QH2: 96,46%). En los medios de Canarias se halló un patrón similar, pero no idéntico; las tres recomendaciones con menor adhesión fueron QH3 (100%), QH7 (100%), y QH5 (*Transmita mensajes sobre la frecuente asociación entre la depresión y el comportamiento suicida, siendo la depresión una condición tratable*) (100%). Es decir, primó la falta de adhesión a las recomendaciones con efecto protector contra el suicidio más que a las recomendaciones que previenen el efecto contagio.
En concordancia con nuestros hallazgos, un estudio en China identificó que el 91,4% de las noticias sobre suicidio no ofrecieron consejo preventivo sobre cómo actuar en caso de crisis suicida; refiriéndose con consejo preventivo a presentar teléfonos de ayuda, recursos comunitarios, factores de riesgo, señales de advertencia, alternativas al suicidio, opiniones profesionales y síntomas de enfermedades psiquiátricas (Fu et al., 2011). En la misma línea, un estudio estadounidense (con similar metodología al previo) registró que un 86% de las noticias sobre suicidio no brindaban consejo preventivo o terapéutico (Gould et al., 2007). En particular, relativo a la recomendación QH3, estos mismos autores hallaron que entre un 98% y 94,7% de las noticias sobre suicidio no informaron de recursos comunitarios de ayuda para personas con riesgo suicida (Gould et al., 2007). Asimismo, un estudio en China identificó que un 98% de las noticias sobre suicidio en periódicos no expusieron dónde pedir ayuda (Chu et al., 2018). Análogamente, un estudio en el estado indio de Tamil Nadu registró que un 97,5% de las noticias sobre suicidio no proveían el contacto de un recurso de asistencia en caso de crisis suicida (Armstrong et al., 2018). Un estudio austriaco determinó que el 94,4% de las noticias sobre suicidio no redactaron el contacto de algún servicio de apoyo para personas con riesgo suicida (Niederkrotenthaler et al., 2010). De igual modo, otros autores en Estados Unidos hallaron que un 94% de las noticias sobre suicidio no anunciaron recursos preventivos contra el suicidio (Tatum et al., 2010). Semejantemente, un estudio de Corea del Sur identificó que el 89,5% de las noticias sobre suicidio de una celebridad no advirtieron sobre servicios de ayuda para personas con riesgo suicida (Lee et al., 2014). En cuanto a la recomendación QH7, un estudio en India no registró ninguna noticia sobre suicidio que educara al público sobre temas relativos a tal fenómeno (Jain y Kumar, 2016). En relación a la recomendación QH5, un estudio en Colombia no halló ninguna noticia sobre suicidio en la que se informara que el trastorno mental estaba presente en el fallecido (Rubiano et al., 2007). En Tamil Nadu, Armstrong et al. (2018) identificaron que el 92,4% de las noticias sobre suicidio no reconocían la asociación de tal fenómeno con problemas de salud mental. Igualmente, un estudio estadounidense registró que un 92,1% de las noticias sobre suicidio no expusieron la depresión como posible precursor tratable del suicidio (Jamieson et al., 2003). Semejante al estudio de Chu et al. (2018), que determinó que un 92% de las noticias de periódicos de China no redactaban la relación entre la depresión

y los trastornos mentales. Jain y Kumar (2016) hallaron que el 83,7% de las noticias sobre suicidio no informaron que la presencia de algún trastorno psíquico o físico puede ser factor de riesgo de suicidio. El estudio de Frey et al. (1997) identificó que un 82,8% de las noticias sobre suicidio no presentaron la depresión como posible causa de suicidio. Niederkrotenthaler et al. (2010) determinaron que el 80,9% de las noticias sobre suicidio no mencionaron que este fenómeno está relacionado con los trastornos psiquiátricos. El estudio de Gould et al. (2007) registró que un 79,6% de las noticias sobre suicidio no comunicaron que los trastornos mentales pueden ser parte de la etiología de un suicidio, en particular solo un 15,5% informaron que la depresión puede ser causa de un suicidio. De la misma manera, un estudio de Colombia halló que el 77,78% de las noticias sobre suicidio no advirtieron que los trastornos psíquicos están relacionados con el suicidio (Muñoz y Sánchez, 2013). Otro estudio suizo identificó que un 74,3% de las noticias sobre suicidio no presentaron tal acto como posible consecuencia de una depresión (Michel et al., 1995). Lee et al. (2014) determinaron que el 73,2% de las noticias sobre suicidio de una celebridad no informaron que el suicidio está relacionado con el trastorno psiquiátrico.
En resumen, otros estudios previos también han hallado baja adhesión a las recomendaciones QH3, QH5, y QH7. Respecto a la recomendación QH2, según nos consta, estudios anteriores no analizaron de forma específica esta recomendación. Por tanto, en los periódicos digitales analizados la información con potencial efecto protector fue muy escasa. Esta omisión generalizada incluye aspectos de tal relevancia como proporcionar información sobre recursos comunitarios y líneas de ayuda, instruir sobre hechos acerca del suicidio, en detrimento de los mitos, y resaltar alternativas frente al suicidio.

Los diferentes hallazgos sobre la adhesión orientan a una apremiante necesidad de intervención didáctica sobre los periodistas acerca de las recomendaciones de la OMS y el suicidio, o cuanto menos, actuaciones informativas. En estas intervenciones no solo se debe presentar las características de las noticias con efecto contagio del suicidio, sino que también es más que pertinente resaltar las características con efecto protector contra el suicidio. Asimismo, el estudio de la adhesión a las diferentes recomendaciones específicas puede resultar de utilidad. Además de su beneficio en el plano de la investigación, su identificación permite orientar sobre las necesidades más acuciantes de formación a los profesionales de la comunicación. De esta manera, las actividades formativas que se realicen, tanto en Canarias como en el conjunto de España, contarían con una valiosa información sobre aquellas recomendaciones con menor adhesión en las noticias sobre suicidio.

En cuanto a la potencial evitabilidad de las noticias sobre suicidio, primaron las noticias “no evitables” sobre las “evitables” en los “medios nacionales más Canarias” (69,23% y 30,77% respectivamente), en los medios de Canarias (83,33% y 16,67% respectivamente), y en los medios nacionales (65,49% y 34,51% respectivamente). Al no haber literatura sobre la evitabilidad, no se puede comparar estos hallazgos con los de estudios previos. Estos hallazgos reflejan que un alto porcentaje de noticias sobre suicidio presentan características que hacen difícil su no publicación, existiendo la necesidad de que estas sean redactadas correctamente. Por otro lado, aproximadamente un tercio de noticias sobre suicidio podrían ser obviadas, bien sea porque tratan temas sin un claro interés periodístico y además presentan un potencial negativo al no adherirse a las recomendaciones, o porque repiten el suceso de un suicidio ya expuesto previamente en el mismo medio. A la hora de educar a los periodistas sobre cómo

informar el suicidio, no solo es importante recalcar que se adhieran a las recomendaciones, sino también que sepan cuando procede publicar o no una noticia sobre suicidio.

Las intervenciones formativas sobre profesionales de los medios de comunicación deberían ser generalizadas para todos los medios, pero en particular para aquellos que presenten peor adhesión. Relativo a esto, se halló que no existieron diferencias en la adhesión a las recomendaciones de la OMS entre los medios nacionales y de Canarias. Este hallazgo se asemeja al estudio indio de Jain y Kumar (2016), quienes compararon la adhesión a las recomendaciones entre periódicos nacionales del estado de Rajastán y periódicos regionales del distrito de Jaipur, sin hallar en general diferencias entre ambos grupos. Algunos de los medios nacionales presentan libros de estilo (El País, El Mundo, ABC, etc.) a diferencia de los medios regionales, lo cual pudiera presuponer una mejor redacción de noticias sobre suicidio. Sin embargo, este no fue el caso. Además, estos manuales apenas recogen las recomendaciones de la OMS, lo que explicaría que la presencia de libros de estilo no resulta suficiente para que los medios se adhieran a tales directrices. Nuestro hallazgo refleja que las actividades formativas se deben realizar tanto a nivel nacional como regional, más allá del nivel de distribución de los periódicos, de la presencia de guías de estilo, etc. En la misma línea, un estudio austriaco concluye que la formación a nivel nacional es importante, pero también es trascendental la intervención sobre los medios regionales (Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007). Asimismo, se halló que los medios nacionales publicaron más noticias "evitables" que los medios de Canarias, 34,5% y 16,7% respectivamente, si bien con tendencia a la significación. Este hallazgo nos orienta a que, en las actividades formativas, sería aconsejable incidir en los periodistas que trabajan para medios nacionales en qué noticias no deben publicar.

Tampoco se hallaron diferencias en la adhesión al comparar periódicos digitales de una misma área geográfica. Ni La Provincia a nivel regional, ni El Mundo a nivel nacional, presentaron peor adhesión en comparación con otros medios de tal área geográfica, pese a notificar más sobre el suicidio. Estos hallazgos difieren con estudios suizos que identificaron que aquellos periódicos que publicaban más sobre suicidio tendían a ser menos adherentes a varias recomendaciones de la Association of State and Territorial Health Officials y otras instituciones (Association of State and Territorial Health Officials et al., 1991), como ubicación de la noticia en portada, titular inadecuado, método expuesto, descripción de circunstancias, etc. (Michel et al., 1995), o como presentar el suicidio de forma sensacionalista o glorificante (Frey et al., 1997). No se hallaron diferencias en la evitabilidad entre los periódicos digitales de una misma área geográfica. Nuestro hallazgo trasluce que la intervención sobre los medios debe realizarse sin distinción en los diferentes periódicos de una misma área geográfica.

Focalizando en la adhesión a cada una de las recomendaciones de la OMS analizadas, en la comparativa entre los medios nacionales y los medios de Canarias no se hallaron diferencias, a excepción de la recomendación QNH5 (*Evite situar la noticia en un lugar destacado. Los datos relevantes deben figurar en páginas interiores*) (8% de no adhesión en medios nacionales, en comparación con un 30% en medios de Canarias ($p = 0,003$)). Como hemos mencionado, el estudio indio de Jain y Kumar (2016) tampoco halló diferencias entre periódicos de Rajasthan y de Jaipur en la adhesión a quince recomendaciones de la OMS (OMS, 2000), a excepción (como nuestro hallazgo) de una única recomendación. La recomendación "Evite informar sobre la identidad del

fallecido, sobre los detalles del método o el lugar" ("Avoid reporting of the identity of the deceased, details of the method and the scene") presentó también peor adhesión en los medios regionales. Por su parte, un estudio realizado en Colombia comparó la adhesión a diecisiete recomendaciones de la OMS (OMS, 2000) entre un periódico local y dos periódicos nacionales, hallando que el periódico local presentaba peor adhesión en las recomendaciones, como el uso de un lenguaje sensacionalista, presencia de fotografías del suicida, ubicación de la noticia en primera plana, especificación del método, descripción del lugar, redactaba explicaciones simplistas del suicidio, etc. (Muñoz y Sánchez, 2013). Tanto nuestro hallazgo, como los de la literatura, muestran que prácticamente la totalidad de las recomendaciones de la OMS eran adherentes de forma similar entre medios de diferentes organizaciones territoriales, a excepción de alguna recomendación con mejor adhesión a nivel nacional.

En la comparativa de la adhesión a cada una de las recomendaciones de la OMS entre los diferentes medios de Canarias no hubo diferencias. En la comparativa de la adhesión a cada una de las recomendaciones de la OMS entre los diferentes medios nacionales no hubo tampoco diferencias, a excepción de la recomendación QNH1 (*No trate el suicidio de forma sensacionalista*) (44,4% de ausencia de adhesión en ABC, en comparación con un 9,1% en El Confidencial, un 15,9% en El Mundo, y un 25,8% en El País ($p = 0,037$)) y QNH2 (*En el titular de la noticia evite el uso de la palabra "suicidio", así como la exposición del método o el lugar del suicidio*) (100% de falta de adhesión en ABC y El Confidencial, a diferencia de un 79,5% en El Mundo, y un 83,9% en El País ($p = 0,027$)). Estos hallazgos reflejan que no existen apenas diferencias en la adhesión a cada una de las recomendaciones entre los medios de una misma área de distribución.

Una vez identificado que tanto los medios regionales como los medios nacionales presentan una baja adhesión a las recomendaciones, y que ambos conjuntos necesitan intervenciones para mejorarlas, resulta de interés conocer si las intervenciones son efectivas.

Al comparar una región donde no se hace intervención (Canarias) con otra donde tiene lugar (Victoria), se halló un mayor porcentaje de noticias sin adhesión (según la clasificación dicotómica) en medios de Canarias (100%) que en medios de Victoria (86,3%) ($p = 0,026$). También se hallaron diferencias entre medios de Canarias y Victoria en el grado de la adhesión (3,8 y 11,8 respectivamente ($p < 0,001$)), el grado de la adhesión a recomendaciones "Qué no hacer" (8,2 y 11,38 respectivamente ($p < 0,001$)), y el grado de la adhesión a recomendaciones "Qué hacer" (-4,4 y 0,42 respectivamente ($p < 0,001$)). Respecto a la adhesión a cada una de las recomendaciones de la OMS, se halló que los medios de Victoria tuvieron mayores porcentajes de adhesión a todas las recomendaciones "Qué hacer" y en algunas "Qué no hacer" en comparación con los medios de Canarias. En definitiva, la comparación entre Canarias y Victoria deparó unos resultados de gran interés. Así, la adhesión a las recomendaciones de la OMS se mostró mayor en la región (Victoria) en la que se realizan actividades formativas planificadas y con periodicidad. Esto orienta sobre la efectividad de este tipo de actividades formativas para la mejora de la adhesión a las recomendaciones de la OMS. Dado que el efecto contagio y el efecto protector están establecidos en la literatura, es presumible que estas acciones formativas efectivas resulten en una acción preventiva sobre el suicidio y conductas suicidas en la población de referencia.

Se halló una mayor publicación de noticias "evitables" en los medios de Victoria que en los medios de Canarias, 43,5% y 16,7% respectivamente (p = 0,007). Este hallazgo resulta llamativo, ya que la región de Victoria, a pesar de contar con una mayor formación de profesionales de los medios, presenta un peor resultado en lo que a evitabilidad se refiere. Una posible explicación podría residir en el hecho de que los periodistas de Victoria, al saberse con mayor formación sobre lo que se debe y no se debe informar sobre suicidio, presenten una mayor confianza en este aspecto. Esto podría generar que tiendan a notificar más sobre suicidio y descuidar, sin embargo, el hecho de que la evitación de noticias innecesarias es también una directriz para no favorecer el efecto contagio.

La intervención formativa puntual en Canarias se asoció a una mejora en la adhesión a las recomendaciones respecto al periodo previo. Así, la adhesión a las recomendaciones de la OMS mejoró tanto en la evaluación dicotómica (con aumento de la adhesión del 0% al 11,9%, y descenso de la no adhesión del 100% al 88,1%) como en la puntuación global (la media ascendió de 3,8 a 5,69), si bien en ambos casos con tendencia a la significación. Es posible que el tamaño muestral modesto de los grupos evaluados en Canarias (38 vs. 64, antes y después de la intervención respectivamente) haya influido en una menor potencia estadística para hallar las diferencias con total significación estadística. En cualquier caso, los hallazgos resultan positivos y prometedores de cara a futuras intervenciones formativas en Canarias.

En cuanto a la adhesión individual a cada una de las recomendaciones tras la formación puntual en Canarias, se halló una mejora en la adhesión a las recomendaciones QNH1 (*No trate el suicidio de forma sensacionalista*) (la adhesión aumentó de un 86,7% a un 100% (p = 0,011)), QNH11 (*No presente el suicidio como consecuencia de razones simplistas*) (la adhesión aumentó de un 60% a un 96,6% (p < 0,001)), QH5 (*Transmita mensajes sobre la frecuente asociación entre la depresión y el comportamiento suicida, siendo la depresión una condición tratable*) (la adhesión aumentó de un 0% a un 18,6% (p = 0,014)). Mencionar que, al margen de hallazgos significativos, no todas las recomendaciones presentaron mejora en la adhesión. Siete recomendaciones tuvieron un ligero descenso en la adhesión (QNH3, QNH4, QNH5, QNH7, QNH12, QNH15, QH6), y cuatro recomendaciones no mejoraron ni empeoraron en la adhesión (QNH8, QNH9, QH3 y QH7).
Nuestros hallazgos se asemejan con los previos, pero los diferentes diseños e intervenciones no nos permiten establecer paralelismos. Un estudio hongkonés halló, tras una intervención puntual, consistente en la creación y envío de un folleto sobre las recomendaciones de la OMS (OMS, 2000), un aumento en la adhesión a algunas de estas. En particular, se redujeron las fotografías inadecuadas y el uso de la palabra "suicidio" en los titulares. Se halló que los cambios tuvieron relevancia especialmente en los periódicos de estilo sensacionalista (Fu y Yip, 2008). Un estudio australiano identificó, tras la creación de recomendaciones y su amplia difusión a los medios, un aumento en la cantidad de noticias, pero con una mejora de la calidad, del 57,1% al 75% (Pirkis et al., 2009). Un estudio suizo halló, tras una intervención puntual, consistente en una conferencia donde se expuso la inadecuada redacción de noticias sobre suicidio identificada en Suiza y se presentaron directrices para evitar esto, un aumento en la adhesión a las mismas. La mejora en la adhesión fue relevante especialmente en medios de estilo sensacionalista. Además, se halló una disminución significativa de la tasa de suicidios tras la intervención (Michel et al., 2000). Un estudio austriaco hizo una comparación cinco años antes y después de la divulgación de unas directrices

nacionales, hallándose una disminución en los titulares que tenían la palabra “suicidio” o derivados en alemán, en línea con las recomendaciones. También identificaron una asociación significativa entre la adhesión a esta recomendación y el descenso del comportamiento suicida, con una disminución de 81 suicidios anuales en Austria y una reducción de 3,4 suicidios anuales en el metro de Viena (Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007).

A diferencia de los estudios previos, un estudio estadounidense identificó, tras una intervención consistente en la publicación de recomendaciones nacionales sobre cómo abordar el suicidio en los medios (O'Carroll y Potter, 1994), que las noticias no se adhirieron a las mismas. Los autores platearon que este negativo resultado podría deberse al desconocimiento de los periodistas del efecto contagio del suicidio (Jamieson et al., 2003). Años más tarde, otro estudio estadounidense halló, tras una intervención consistente en la creación de unas recomendaciones promovidas por American Foundation for Suicide Prevention y otras agencias de Salud Pública (American Foundation for Suicide Prevention et al., 2018), que al menos un 58% de las noticias no presentaron adhesión a tales recomendaciones (en particular, informar de la localización del suicidio) (Tatum et al., 2010).

De nuestros hallazgos, al igual que los previos, se trasluce que formar a los medios sobre cómo informar el suicidio tiene resultados positivos pero parciales, y a condición de que se lleve a cabo la intervención de forma directa con los profesionales de los medios de comunicación. El parcial éxito de la actividad formativa en nuestro estudio se podría deber a diversos factores: el alcance y trascendencia de la intervención, el talento y capital humano de los periodistas respecto a la información proporcionada, las condiciones de trabajo de estos, los tipos de medios sobre los que se llevó a cabo, la general tendencia periodística en vigor, etc. Así, la falta de extrapolación de información de los editores y/o periodistas que acudieron a la actividad didáctica al resto de compañeros del medio en el que trabajan no favorecería el objetivo de la intervención. O, en caso de que las noticias hubiesen sido adquiridas a través de periodistas o agencias independientes al medio (y que por tanto no han recibido la formación), podría no generar cambios en la adhesión a las recomendaciones (aunque, en cualquier caso, las noticias deberían ser valoradas por el editor del medio en cuestión). Pero no solo la difusión de la actividad didáctica sería el factor condicionante de la efectividad de la misma, contribuyen también factores vinculantes a los profesionales de los medios. De hecho, la actitud de los periodistas asistentes hacia la formación pudo ser influyente. Mencionar que nuestra intervención surge, desde la institución sanitaria hacia los medios; es decir, no nace de la propia iniciativa, motivación e interés de los profesionales de la comunicación en mejorar su información sobre el suicidio y conocer las recomendaciones. Asimismo, la escasez de tiempo laboral de los profesionales de los medios pudo influir negativamente en el cuidado y uso necesario de las recomendaciones. Desde una visión más amplia, no tan individual como el elemento humano, otro factor sería el propio medio. Ya que la ausencia de un medio sensacionalista entre los analizados pudo ser una de las causas del parcial éxito de la actividad formativa; debido a que la eficacia de una intervención es destacable sobre este tipo de medios a diferencia de los que no lo son (Fu y Yip, 2008; Michel et al., 2000). E incluso con una óptica más global al medio, el estilo periodístico en boga y coetáneo influiría en el éxito de la intervención. De este modo, la generalizada tendencia sensacionalista de las noticias y medios, así como su consecuente marketing periodístico, es contraria al espíritu de las recomendaciones de la OMS. En resumen, la causa de los resultados positivos pero parciales probablemente sea multifactorial.

Respecto a los hallazgos relativos a la adhesión individual a cada recomendación, resulta interesante conocer que mejoró la adhesión de algunas recomendaciones de valoración subjetiva, como QNH1 (*No trate el suicidio de forma sensacionalista*) y QNH11 (*No presente el suicidio como consecuencia de razones simplistas*). Lo cual revela que informar sobre los riesgos de usar un lenguaje sensacionalista podría haber calado en los profesionales de los medios. Sin embargo, y opuesto a lo estimado, no se hallaron diferencias en otras recomendaciones de fácil objetivación y aplicación. No se reprodujeron hallazgos previos en la mejora a la adhesión en recomendaciones objetivables como QNH2 (*En el titular de la noticia evite el uso de la palabra "suicidio", así como la exposición del método o el lugar del suicidio*) y QNH3 (*Sea prudente en el uso de fotografías o vídeos. No publique fotografías ni vídeos de la víctima en estado mortal, del método empleado, de la escena del suicidio, ni fotos dramáticas (por ejemplo, fotos de personas en cornisas o similares, o de los instrumentos utilizados)*), como sí identificaron Fu y Yip (2008). Sino que fue similar al hallazgo de Tatum et al. (2010), sobre la falta de adhesión a recomendaciones objetivables como QNH7 (*Evite aportar información detallada sobre el lugar del suicidio o intento de suicidio*).
Se debe seguir diseñando e investigando intervenciones para conseguir que los periodistas se adhieran a las directrices sobre cómo informar el suicidio. Algunas alternativas serían la educación desde el inicio de la carrera académica de los profesionales de los medios (AGNSPP y E, 2018; Tatum et al., 2010), o los formatos de autorregulación de información (Chan et al., 2003; FEAFES, 2008).

Contrariamente a lo esperado, pero en paralelo con la intervención prolongada de Victoria, tras la intervención puntual en Canarias se halló un aumento del número de noticias "evitables". Las noticias "evitables" pasaron de ser 5 (16,7%) a 24 (40,7%) tras la formación, y las noticias "no evitables" pasaron de ser 25 (83,3%) a 35 (59,3%) después de la intervención ($p = 0,031$). No existen estudios para contrastar nuestros hallazgos. Al igual que se reflexionó en la intervención prolongada de Victoria, una posible explicación es la autoconfianza de los periodistas en informar sobre suicidio al conocer que están formados en ello, y por tanto la familiaridad de notificarlo olvidando y/o a pesar de contenidos eludibles del suicidio.

6.2. Frecuencia de las noticias sobre suicidio.

La "teoría de la fijación de la agenda", también conocida como teoría del "Agenda Setting", postula que los medios tienen una gran influencia en el público, no tanto en las opiniones o dictámenes que estos enuncian, sino en función de qué temas poseen mayor relevancia y notabilidad (McCombs y Shaw, 1972). En consecuencia, en el abordaje del suicidio en los medios, no solo es importante la calidad con que se redacta, sino también la cantidad de notificaciones al respecto. Derivado de un análisis descriptivo de noticias cuya temática general fue el suicidio, sean o no de personas, se pudo constar la asiduidad de publicaciones y la existencia de una serie de tipologías más prevalentes.

Así, durante seis meses se registraron 179 noticias en ocho "medios nacionales más Canarias", 38 noticias en cuatro medios de Canarias, y 141 noticias en cuatro medios nacionales. Un estudio español registró 148 noticias sobre suicidio en cinco periódicos digitales durante trece meses (Herrera et al., 2015). Se podría estimar que, según los estudios realizados hasta la fecha, la frecuencia mensual de una noticia sobre suicidio en un periódico digital de España varía entre 2,28 y 3,73.

En la literatura internacional, la periodicidad de noticias sobre suicidio varía ampliamente entre diferentes países. Se exponen a continuación algunos estudios al respecto, de mayor a menor frecuencia mensual de noticias sobre suicidio. Un estudio en Corea del Sur registró 4.298 noticias sobre suicidio en tres periódicos y tres canales televisivos durante un año, obteniéndose una asiduidad mensual de 59,57 noticias sobre suicidio. Las noticias se obtuvieron, usando la palabra "ja-sal" ("suicidio" en coreano), gracias a la base de datos de cada uno de los medios analizados (Lee et al., 2014). En Tamil Nadu, India, Armstrong et al. (2018) registraron 1.681 noticias sobre suicidio en nueve periódicos durante siete meses, con una frecuencia mensual de 26,68 noticias. La búsqueda fue manual; se incluyeron noticias cuya temática principal o comentarios versaron sobre el suicidio; y se excluyeron aquellas noticias que abordaban brevemente el suicidio, trataban sobre ataques terroristas suicidas, o la eutanasia. Un estudio en China identificó 2.279 noticias sobre suicidio en quince periódicos durante seis meses, objetivándose una periodicidad mensual de 25,32 noticias sobre suicidio. La búsqueda de noticias se realizó a través de una base de datos online de periódicos chinos, WiseNews, que almacena en formato digital las noticias editadas en versión impresa; a excepción de un periódico cuyas noticias fueron recogidas de su web oficial. El criterio inclusivo fue que la noticia incluyera al menos alguna de las expresiones o palabras chinas: "suicidio", "saltar desde las alturas", "ahorcamiento" o "quemar con carbón" (refiriéndose al suicidio por intoxicación de monóxido de carbono) (Fu et al., 2011). Un estudio en India reconoció 557 noticias sobre suicidio en diez periódicos durante 3 meses, identificándose una frecuencia mensual de 18,57 noticias sobre suicidio. Las noticias se consiguieron mediante una lectura diaria de los periódicos (Jain y Kumar, 2016). Un estudio hongkonés registró 978 noticias sobre suicidio en cinco periódicos durante un año, obteniéndose una asiduidad mensual de 16,3 noticias sobre suicidio. Las noticias se obtuvieron por medio de un examen diario de los periódicos, excluyéndose noticias sobre intentos suicidas, prevención del suicidio y ataques terroristas suicidas (Au et al., 2004). Otro estudio en India identificó 134 noticias sobre suicidio en un periódico durante un año, objetivándose una periodicidad mensual de 11,17 noticias sobre suicidio. La búsqueda de noticias se realizó a través del análisis diario del periódico (Ramadas y Kuttichira, 2011). Un estudio austriaco reconoció 497 noticias sobre suicidio en once periódicos impresos durante seis meses, identificándose una frecuencia mensual de 7,53 noticias sobre suicidio. Las noticias se consiguieron con la ayuda de Austria Press Agency. El criterio inclusivo fue que la noticia contuviera la palabra "suizid" ("suicidio") o sinónimos alemanes, como "selbstmord" ("auto-asesinato") y/o "freitod" ("muerte libre"). Se excluyeron las noticias que se referían a tales conceptos como ataques terroristas, publicidad de películas o programas televisivos, de forma metafórica, o se hacía alusión de forma breve (Niederkrotenthaler et al., 2010). Un estudio en Singapur registró 157 noticias con la palabra "suicidio" en el título en un periódico durante cinco años y medio, obteniéndose una asiduidad mensual de este tipo de noticias de 2,38. La búsqueda de noticias se llevó a cabo mediante una página web para profesionales de los medios de comunicación, la cual tiene registros completos de los principales periódicos en inglés (Tor et al., 2008). Estudios suizos identificaron 208 noticias sobre suicidio en 400 periódicos y revistas durante ocho meses, objetivándose una periodicidad mensual de 0,07 noticias sobre suicidio. Las noticias se obtuvieron, usando las palabras "suicidio" e "intento suicida" en alemán, francés e italiano, gracias a un servicio de monitorización para profesionales de los medios de comunicación, Argus der Presse (Frey et al., 1997; Michel et al., 1995). Un estudio estadounidense reconoció 1.845 titulares con la palabra "suicide" o cualquiera que indicara que alguien se suicidó (por ejemplo "killed self", "shot self",

etc.), y que no fueran suicidios ficticios, en 501 periódicos durante ocho años, identificándose una frecuencia mensual de 0,04 de dichos titulares. La búsqueda de noticias se realizó a través de un microfilme o un préstamo interbibliotecario del New York Public Library, y servicios online de tal biblioteca (como NEXIS, Data Times o Dialog) (Gould et al., 2007).

En suma, nuestros hallazgos son similares a otros estudios europeos, distanciándose de la alta notificación del suicidio en países asiáticos. Esto se podría deber a las diferentes metodologías de búsqueda, como incluir noticias con varias palabras clave (como Fu et al. (2011)), identificar noticias sobre suicidio (tengan o no tal palabra) mediante la revisión lectora de periódicos (siendo el caso de Armstrong et al. (2018), Jain y Kumar (2016), Au et al. (2004), Ramadas y Kuttichira (2011)), o estudiar solo los titulares (como Tor et al. (2008)). Otra explicación podría ser la baja tasa de suicidios en España (7,1) a diferencia de países asiáticos (Corea del Sur: 36,6; India: 20,9) (WHO, 2014). Al margen de los parámetros epidemiológicos del suicidio, podrían existir otros factores que influyen en la baja publicación del suicidio en nuestro estudio en comparación con otros. Uno de ellos podría ser el ocultamiento del suicidio, por voluntad gubernamental de que los medios no lo aborden, ya que refleja una imagen de descontento e insatisfacción social. Algunos autores plantean que existe una alianza tácita entre los gobernantes y los medios de comunicación para informar sólo lo que interesa a los primeros, y esconder lo que pueda generar inestabilidad o cuestionamiento al gobierno (Chomsky y Herman, 2001). Otra posible explicación es que los profesionales de los medios de comunicación redacten escasas noticias sobre suicidio por tabú, pudor o duda al escribir sobre tal fenómeno. Algunos periodistas han expresado incomodidad al abordar el suicidio debido a las connotaciones de privacidad, así como a la preocupación a ser calificados como chismosos (Jamieson et al., 2003). Esto se podría evitar con una correcta formación de los profesionales de los medios de comunicación. Otra hipótesis es que las noticias cuya temática general sea el suicidio, y no el de un individuo en particular, no sean de interés para la audiencia (como se abordará posteriormente). Para que la sociedad tenga conciencia sobre el suicidio y dé importancia a tal problemática, es necesario que se informe más y mejor sobre este tema. Siguiendo la "teoría de la fijación de la agenda", la cual enuncia que la relevancia de las noticias influye en la opinión pública, es aconsejable acrecentar la notificación sobre el suicidio, siempre que este aumento vaya acompañado por una mejora de su calidad y que en su conjunto ofrezcan un efecto protector.

Centrándonos en noticias sobre suicidios de personas, durante seis meses se registraron 143 noticias en ocho "medios nacionales más Canarias", 30 noticias en cuatro medios de Canarias, y 113 noticias en cuatro medios nacionales. En "medios nacionales más Canarias" se obtuvo una frecuencia mensual de 2,98 noticias de suicidios de personas, dato elevado en comparación con la literatura previa. Un estudio en Colombia identificó 135 noticias sobre suicidio de un colombiano en tres periódicos durante veinticinco meses, objetivándose una periodicidad mensual de 1,8 noticias al respecto. La búsqueda de noticias se llevó a cabo mediante la revisión de los ejemplares impresos y los archivos digitales de estos periódicos en la Hemeroteca Nacional, Biblioteca Nacional y Biblioteca Luis Ángel Arango (Muñoz y Sánchez, 2013). Otro estudio de Colombia registró 148 noticias sobre suicidios de personas en Huila en dos periódicos de tal región durante cuatro años, obteniéndose una asiduidad mensual de 1,54 noticias con tales características. Las noticias se consiguieron revisando los periódicos (Rubiano et al., 2007). Un estudio estadounidense registró una media de 108 noticias sobre suicidio de un estadounidense en diez periódicos durante un año, obteniéndose una asiduidad

mensual de 0,9 noticias sobre suicidio de una persona de los Estados Unidos. La búsqueda de noticias se llevó a cabo mediante LexisNexis (una corporación con una gran base de datos de documentos periodísticos y legales) utilizando el término "suicidio" (Jamieson et al., 2003). El estudio suizo de Michel et al. (1995) reconoció 139 noticias sobre suicidio de una persona en 400 periódicos y revistas durante ocho meses, identificándose una frecuencia mensual de 0,04 noticias sobre suicidio de un individuo. La mayor frecuencia mensual registrada en nuestro estudio, en comparación con los anteriores, se podría deber a diferencias en la metodología. Nuestro estudio analizó noticias sobre suicidio de personas españolas y del extranjero, a diferencia de otros estudios que solo evaluaron noticias de personas con conducta suicida procedentes de cierta región donde se distribuía el medio (como el estudio de Rubiano et al. (2007)) o de personas con nacionalidad del país donde se vendía el medio (como los estudios de Muñoz y Sanchez (2014) y Jamieson et al. (2003)). Aunque se debe especificar que en nuestro estudio las noticias sobre suicidios de extranjeros aludían mayoritariamente a suicidios de famosos. Otro posible factor, y teniendo en cuenta este último detalle, es el de las diferentes poblaciones de referencia que abarcan los medios de comunicación examinados. A mayor población, la frecuencia de noticias sobre suicidio probablemente sea mayor que la del medio que cubre una población menor.

En una comparativa del número de publicaciones sobre suicidio entre medios nacionales y medios regionales, se halló que los primeros notician más que los segundos (141 noticias (78,8%) y 38 noticias (21,2%), respectivamente ($p < 0,001$)). Este hallazgo coincide con los estudios suizos de Frey et al. (1997) y Michel et al. (1995), los cuales identificaron mayor publicación de noticias sobre suicidio en los periódicos con mayores cifras de distribución. Además del mayor grado de comercialización de los medios nacionales, nuestro hallazgo se podría entender al considerar que estos abarcan un área geográfica con mayor población, y por tanto mayor probabilidad de suicidios que pudieran ser informados (como se ha comentado previamente). Sin embargo, considerando la organización territorial y no el grado de comercialización, el estudio en India de Jain y Kumar (2016) no halló diferencia en el número de noticias sobre suicidio entre medios nacionales y medios regionales. En consecuencia, es posible que los medios nacionales notifiquen el suicidio por igual que los medios regionales. Al respecto, se debe recordar que existe evidencia científica sobre el efecto dosis-respuesta entre el grado de distribución de periódicos con noticias sobre suicidio y el número de suicidios (Etzersdorfer et al., 2004; Niederkrotenthaler y Sonneck, 2007; Phillips, 1974).

Al contrastar el número de publicaciones sobre suicidio entre los medios de una misma área geográfica, hemos hallado que determinados periódicos digitales destacan sobre el resto. En Canarias, La Provincia (25 noticias, 71,4%) notificó más sobre suicidio que La Opinión (10 noticias, 28,6%) ($p < 0,001$). A nivel nacional, El Mundo (54 noticias, 38,3%) informó más sobre suicidio que el resto de medios nacionales (El País: 40 noticias, 28,4%; ABC: 32 noticias, 22,7%; El Confidencial: 15 noticias, 10,6%) ($p < 0,001$). Dado que ninguno de ambos medios mostró una mayor adhesión a las recomendaciones de la OMS con respecto a los medios de su misma área geográfica, la mayor frecuencia de noticias sobre suicidio podría atribuirse a la búsqueda consciente o inconsciente de mayor marketing y/o sensacionalismo. Se ha señalado que ciertos medios buscarían mayor número de ventas a través de noticias sobre suicidio, las cuales atraen lectores por el impacto que este fenómeno suele generar (Henderson, 1996). Otros autores han señalado el sensacionalismo como un factor determinante para la

mayor publicación de noticias sobre suicidio (Michel et al., 1995) y características favorecedoras del efecto contagio (Hong Kong Jockey Club Centre for Suicide Research and Prevention, s.f.; Maloney et al., 2014; Nutt et al., 2015; Yang et al., 2013). En relación con este aspecto, un estudio taiwanés registró que dos periódicos, United Daily y Chine Times, presentaron similar frecuencia de notificación del suicidio hasta el 2003. A partir de tal año, con la entrada del periódico sensacionalista Apple Daily en el mercado de medios de Taiwán, hubo un aumento significativo en la publicación de suicidios por United Daily. Además, se observó un aumento diferido de aproximadamente un año en el periódico China Times (Chen et al., 2011). En definitiva, la frecuencia de las noticias sobre suicidio variará según el número de eventos que ocurran, pero también según la actitud ética de los periodistas.

La notificación sobre suicidio comparada entre lugares donde se hace intervención (Victoria) con otra en que no tiene lugar (Canarias), halló una diferencia de mayor publicación en los medios de Victoria (237 noticias, 86,2%) que en los medios de Canarias (38 noticias, 13,8%) ($p < 0,001$). Nuestro hallazgo se podría explicar teniendo en cuenta que los medios de Victoria abarcan un área geográfica con mayor población (y por tanto mayor probabilidad de suicidios que podrían ser informados); en el 2017 se registraron 6.385.800 habitantes en Victoria (Australian Bureau of Statistics, 2018) frente a 2.108.121 habitantes en Canarias (ISTAC, 2018). No obstante, la diferencia en la frecuencia de noticias sobre suicidio no es proporcional, siendo mayor a lo esperado en los medios de Victoria si solo influyera el factor poblacional. Además, la tasa de suicidios entre ambas regiones fue similar en el 2017, 9,6 por 100.000 habitantes en Victoria (Australian Bureau of Statistics, 2019) y 9,49 por 100.000 habitantes en Canarias (INE, 2019a), por lo que la prevalencia de suicidio en ambas regiones no parece ser un condicionante. Cabría esperar que la notificación del suicidio sea menor en regiones donde se ha realizado una intervención. Sin embargo, tanto nuestro estudio como la literatura han hallado que se informa más sobre suicidio donde se realiza algún tipo de intervención, y que este aumento en la publicación está asociado a una mejor calidad (Maillart et al., 2007; Michel et al., 2000; Pirkis et al., 2009; Ramadas y Kuttichira, 2011).

Tras la intervención puntual en Canarias, se halló un aumento en la publicación sobre suicidio de 38 noticias (37,2%) a 64 noticias (62,8%) ($p < 0,001$). Nuestro hallazgo coincide con un estudio suizo, el cual registró un aumento de 151 noticias sobre suicidio a 468 tras una intervención. Adjuntar que, este incremento en la notificación no se asoció a un aumento de la tasa de suicidios en Suiza, sino al contrario: la tasa disminuyó de 20,7 por 100.000 habitantes en 1991 a 19,6 por 100.000 habitantes en 1994 (Michel et al., 2000). Cabe plantear, al igual que lo han hecho otros autores como Michel et al. (2000), que nuestro hallazgo pueda deberse a la publicidad del suicidio que genera la propia formación sobre los medios. Otra posibilidad es que la intervención sobre periodistas podría haber ocasionado que estos se sintieran más formados a la hora de abordar el suicidio, y por tanto redactasen el tema cómodamente y sin vacilaciones. Además, la intervención podría haber causado que el suicidio se trate sin tabúes, y todo ello fuera reflejado con un incremento en las publicaciones al respecto. Por otra parte, la frecuencia de noticias depende de una variable clave como es el número de suicidios ocurridos en ambos periodos. Una posibilidad es que esta mayor frecuencia haya sido favorecida por un mayor número de suicidios en el periodo post-intervención. Sin embargo, dado que esta variable no se ha evaluado en este estudio, no es posible dilucidar este aspecto.

En resumen, del estudio de la frecuencia de noticias sobre suicidio, se concluye que esta podría depender del número de sucesos o tasas de suicidios en el área que abarca el medio, la cantidad de población en la zona de distribución del periódico, el grado de comercialización del medio, la actitud del periódico respecto al marketing, y la formación del medio sobre el suicidio y cómo abordarlo. Destacar que, la decisión sobre cuánto peso se le conceda al suicidio recaerá en gran medida en los editores, por lo que su formación y orientación hacia una postura ética frente al suicidio será de gran beneficio.

6.3. Tipologías de las noticias sobre suicidio.

El tipo de contenido sobre suicidio en las noticias juega un papel importante en la potencial evitabilidad de las mismas. Determinados tipos de suicidio (de un famoso, asociado a un desorden público, tras un asesinato, o en masa) son difíciles de no notificar. Sobre estas noticias se debe hacer hincapié en una correcta adhesión a las recomendaciones de la OMS. Dos de estas cuatro tipologías, suicidio tras asesinato y suicidio de un famoso, fueron las más informadas en nuestro estudio.

Las noticias sobre suicidio-asesinato fueron las más publicadas; con 68 noticias (37,99%) en los "medios nacionales más Canarias", 20 noticias (52,63%) en los medios de Canarias, y 48 noticias (34,04%) en los medios nacionales. Este hallazgo no dista en gran medida de estudios anteriores. Un estudio estadounidense identificó un 33,3% de noticias sobre suicidio tras un homicidio (Jamieson et al., 2003). Otro estudio estadounidense registró un 19,1% de noticias sobre suicidio-asesinato (Gould et al., 2007). De igual modo, un estudio suizo reconoció un 17,88% de noticias de homicidio y posterior suicidio (Frey et al., 1997). Asimismo, un estudio australiano identificó un 1,6% de noticias sobre suicidio tras un homicidio en periódicos (Pirkis et al., 2002). Y, un estudio austriaco registró un 0,13% de noticias sobre suicidio-asesinato (Niederkrotenthaler et al., 2009a). La alta notificación del suicidio-asesinato de nuestro estudio y previos contrasta con las bajas tasas reales de tal comportamiento ilícito, las cuales se estiman en torno al 5% (Nock y Marzuk, 1999). La abundancia de noticias sobre suicidio-asesinato podría generar que los lectores vinculen la ilegalidad y perversidad de este acto con el suicidio. La audiencia podría relacionar el suicidio a la violencia, delincuencia, etc. Ante este posible error asociativo, las personas con riesgo suicida tendrían reticencia a solicitar auxilio por el miedo y la vergüenza a ser catalogadas como peligrosas y/o temerarias. Sin embargo, esta situación se podría evitar con una adecuada redacción de las noticias sobre suicidio-asesinato, donde se especifique que generalmente una persona que ha presentado ideación o comportamiento suicida no presenta más riesgo de atacar a los demás por el hecho de pensar o intentar dañarse a sí misma (Pérez, 2005).

Las noticias sobre suicidios de famosos fueron las terceras más informadas; registrándose 30 noticias (16,76%) en los "medios nacionales más Canarias", 4 noticias (10,53%) en los medios de Canarias, y 26 noticias (18,44%) en los medios nacionales. Este hallazgo tampoco varía con respecto a estudios precedentes. Un estudio español identificó un 19,6% de noticias sobre suicidio de personas afamadas (Herrera et al., 2015). En la misma línea, el estudio suizo de Frey et al. (1997) registró un 23,2% de noticias sobre suicidio de una persona con interés público. Por su parte, Gould et al. (2007) reconocieron un 11% de noticias sobre suicidio de un famoso en Estados Unidos. El porcentaje más alto fue en otro estudio suizo, con un 38,1% de noticias sobre suicidio de una celebridad (Michel et al., 1995; Michel et al., 2000). Y el porcentaje más bajo

fue en un estudio de Colombia, con un 5,19%, probablemente porque solo se contabilizaron las noticias sobre suicidio de colombianos con fama (Muñoz y Sánchez, 2013). Las noticias sobre suicidios de famosos son las que mayor efecto contagio provocan, ya que el lector tiende a identificarse con la celebridad (Bandura, 2001; Blood y Pirkis, 2001; OMS, 2000; Stack, 1991). La alta prevalencia de noticias sobre suicidios de famosos, tanto en nuestro estudio como en previos, orientan a la necesidad de estudiar formas no perjudiciales de redacción, como presentar una imagen más neutra de la celebridad.

Las noticias sobre suicidio de un desconocido que no provoca desorden público son el segundo tipo de noticias más publicado; con 33 noticias (18,44%) en los "medios nacionales más Canarias", 6 noticias (15,79%) en los medios de Canarias, y 27 noticias (19,15%) en los medios nacionales. Según consta a los autores, este es el primer estudio que cuantifica el matiz de desorden público en personas anónimas suicidadas, por lo que no se puede comparar con estudios anteriores. En nuestra opinión, al igual que otros autores (Michel et al., 1995; Michel et al., 2000), no existe ninguna justificación para la cobertura de este tipo de noticias, ya que son sucesos privados.
En los suicidios sobre personas desconocidas, el interés periodístico debería recaer en el desorden público, y no en el acto suicida en sí. Contrariamente a lo apropiado, en nuestra muestra hubo más noticias sobre suicidios de personas anónimas que no habían protagonizado algún desorden público que sobre aquellos que sí lo hicieron. Respecto a este último tipo de noticias, se registraron 8 noticias (4,47%) en los "medios nacionales más Canarias", ninguna noticia (0%) en los medios de Canarias, y 8 noticias (5,67%) en los medios nacionales. Aunque es probable que en este hallazgo influya el hecho de que los suicidios con desorden público son menos numerosos que los suicidios sin desorden público, no existe motivo para esta mayor prevalencia de noticias del segundo tipo.
Un valor de referencia para la comparación de estas tipologías serían los porcentajes de noticias sobre suicidios de desconocidos, hayan provocado o no un desorden público. Michel et al. (1995) identificaron un 61,9% de noticias sobre suicidios de personas no famosas. Frey et al. (1997) registraron un 47,7% de noticias sobre suicidios de anónimos. Comprobamos que nuestras cifras se asemejaron a los estudios previos.
Nuestro hallazgo denota que es preciso un cambio en la proporción de notificación sobre suicidios de personas desconocidas, a favor de aquellos que hayan realizado un desorden público al ser difícilmente evitables, y siendo más ético y adecuado no publicar el de personas anónimas que no hayan generado desorden. Estas modificaciones podrían ser impulsadas a través de formación e información a periodistas.

La emisión de estadísticas sobre suicidio fue 5,03% en los "medios nacionales más Canarias", 2,63% en los medios de Canarias, y 5,67% en los medios nacionales. Hallazgo semejante a un estudio austriaco que identificó un 10,2% de noticias sobre estadísticas de suicidio (Niederkrotenthaler et al., 2010). Pirkis et al. (2002) registraron un 23,4% de noticias sobre estadísticas de suicidio en periódicos australianos. Niederkrotenthaler et al. (2010) y Pirkis et al. (2002) identificaron que la publicación de estadísticas sobre suicidio se asociaba con un aumento en las tasas de suicidio, exponiendo que este tipo de noticias pudieron ser redactadas de forma inadecuada y/o sensacionalista. Por lo tanto, el bajo porcentaje registrado podría interpretarse como un dato favorable.

El suicidio asistido estuvo presente en un 3,91% de las noticias de "medios nacionales más Canarias", en un 4,96% de las noticias nacionales, y fue inexistente en los medios de Canarias. Este hallazgo fue difícil de comparar con estudios anteriores ya que, o no lo registraban (Niederkrotenthaler et al., 2010), o fueron excluidos (Tatum et al., 2010). De dos estudios estadounidenses que cuantificaron las noticias sobre suicidios asistidos, uno identificó un 19,7% (Jamieson et al., 2003) y otro registró un 13% (Gould et al., 2007). Teniendo en cuenta que el porcentaje de muertes asistidas por médicos entre el total de muertes varía entre 0,1% y 2,9% en países donde el suicidio asistido es legal (Steck et al., 2013), nuestro hallazgo se asemeja a la sobrerrepresentación de los estudios precedentes. Las noticias sobre eutanasia y suicidio asistido son cada vez más comunes en los medios (De Lima et al., 2017). El complejo debate sobre el derecho al suicidio asistido se presenta regularmente en los medios de comunicación de países médicamente avanzados (Richards, 2017). La alta notificación del suicidio asistido en los periódicos digitales de España, donde tal acto es ilegal, podría estar relacionada con la demanda de ciertos grupos a la discusión política y/o aprobación de tal acto. El abordaje periodístico del suicidio asistido es complejo debido a que es un tema controvertido, por lo que directrices y formación sobre cómo hacerlo serían de utilidad. Además, sería beneficioso recalcar a los profesionales de la comunicación que es posible ofrecer características protectoras contra el suicidio en las noticias de suicidio asistido, como informar del beneficio de recursos sanitarios del tipo unidades del dolor, cuidados paliativos, etc.

La información sobre políticas y programas contra el suicidio fue baja, tan solo 1,68% de las noticias en los "medios nacionales más Canarias", 2,63% de las noticias de Canarias, y 1,42% de las noticias nacionales. Misma situación tuvo lugar con las noticias sobre investigaciones del suicidio, registrándose un 0,56% en los "medios nacionales más Canarias", un 0,71% en medios nacionales, e inexistentes en medios de Canarias. Nuestros hallazgos son similares, aunque con cifras algo menores, a los del estudio austriaco de Niederkrotenthaler et al. (2010), quienes identificaron un 6,2% de noticias sobre programas de prevención contra el suicidio y un 5,2% de noticias sobre investigación en suicidio. Porcentajes aún mayores se describieron en el estudio australiano de Pirkis et al. (2002), el cual halló en los periódicos un 30,6% de noticias sobre políticas y programas contra el suicidio y un 10,3% de noticias sobre investigaciones del suicidio. Nuestros hallazgos podrían deberse a la escasez de políticas o investigaciones relativas al suicidio, a la desvaloración de tales sucesos por los periodistas, a la falta de interés por parte de los lectores, etc.; siendo cualquiera de estas hipótesis perjudiciales en la prevención del suicidio.

Se publicaron escasas noticias sobre jurisprudencia relacionada con el suicidio (2,23% en los "medios nacionales más Canarias", 5,26% en medios de Canarias, y 1,42% en medios nacionales), sobre artículos de opinión (0,56% en los "medios nacionales más Canarias", ninguna en medios de Canarias, y 0,71% en medios nacionales), y sobre causas del suicidio (0,56% en los "medios nacionales más Canarias", inexistente en medios de Canarias, y 0,71% en medios nacionales). Pirkis et al. (2002) registraron en periódicos un 9,2% de noticias sobre jurisprudencia relacionada con el suicidio, un 8,5% de artículos de opinión, y un 4,1% de noticias sobre causas del suicidio. Un bajo porcentaje de este tipo de noticias supone un escaso uso de tipologías de noticias que potencialmente pueden educar a la sociedad en la amplitud y variedad de temas vinculantes al suicidio.

Ni los medios de Canarias, ni los medios nacionales, notificaron sobre el suicidio en masa. El estudio de Niederkrotenthaler et al. (2010) identificó un 3,8% de noticias sobre suicidio en masa; y el estudio de Pirkis et al. (2002) halló un 1,7% de noticias sobre suicidio en masa en los periódicos. Nuestro hallazgo se asemeja a los previos, y podría deberse a la afortunada baja tasa de este tipo de suicidios.

Ni los medios de Canarias, ni los medios nacionales, emitieron experiencias personales relativas al suicidio. La idoneidad de exponer entrevistas de supervivientes de un suicidio es un tema polémico (Nutt et al., 2015). Diferentes instituciones y autores señalan que publicar el impacto del suicidio en las familias (reacciones de dolor, duelo, sentimientos de culpa, estigma, etc.) ocasiona un efecto Papageno (Dumon y Portzky, 2014; National Union of Journalists, 2014; OMS, 2000; Thom et al., 2012; WHO, 2008). Sin embargo, otras instituciones y autores consideran que tal información puede reforzar inadvertidamente el comportamiento suicida en individuos que busquen desesperadamente formas de movilizar e influir en personas importantes para ellos (American Foundation for Suicide Prevention y Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Annenberg Public Policy Center, 2001; Tatum et al., 2010). Por tanto, no está claro lo idóneo o perjudicial de este tipo de noticias. En cualquier caso, se deben respetar y considerar los sentimientos de los supervivientes de un suicidio (Dumon y Portzky, 2014); así como ser sensibles con la información expuesta en sus entrevistas (National Union of Journalists, 2014; Samaritans, 2013; WHO, 2008).

No se hallaron diferencias al comparar las tipologías según contenido entre medios de Canarias y medios nacionales, ni entre los periódicos digitales de una misma área geográfica, ni antes y después de una intervención puntual en Canarias. Sin embargo, sí se hallaron diferencias al comparar una región donde no se hace ninguna intervención (Canarias) con otra donde sí tiene lugar de forma prolongada (Victoria). El porcentaje de noticias sobre suicidio-asesinato fue mayor en Canarias (66,7%) que en Victoria (31,4%), el de suicidio de un famoso fue mayor en Victoria (36,4%) que en Canarias (13,3%), y el de suicidio de un anónimo sin desorden público fue similar en Victoria y Canarias (32,2% y 20% respectivamente) ($p = 0,002$). Este hallazgo se podría deber a que los medios que han recibido intervención, conocedores de los estigmas y falsas representaciones del suicidio, reducirían la publicación de noticias sobre suicidio-asesinato. Dentro de las cuatro tipologías no evitables, el suicidio de un famoso podría ser la que menos connotaciones negativas tenga con el suicidio. El resto de tipologías podrían asociar suicidio a delito (el desorden público, el homicidio y la inducción al suicidio son conductas ilegales recogidas en el Código Penal Español (Jefatura del Estado, 2015)). Nuestro hallazgo refleja que, a través de una intervención, es posible modificar la proporción del contenido de las noticias no evitables a favor de las menos estigmatizantes.

Del estudio de tipologías según contenido, se concluye que sería interesante profundizar en la investigación y formación para potenciar la adhesión a las recomendaciones de las noticias sobre suicidio-asesinato y suicidio de un famoso al ser altamente publicadas y no evitables. Además, a través de intervenciones, la proporción de estos dos tipos de noticias se inclinaría a favor de las menos estigmatizantes, como el suicidio de famosos. Por otra parte, se identifica una inadecuada notificación de suicidios de anónimos sin desorden, ya que el foco de interés periodístico (y por tanto la publicación no evitable) es el hecho de generar desorden público. Asimismo, se infiere que el suicidio asistido está sobrerrepresentado, que existe una beneficiosa baja publicación de estadísticas

sobre suicidio, y que hay una inoportuna escasa notificación de programas, políticas e investigaciones sobre suicidio.

Respecto al tipo de conducta suicida del protagonista de la noticia, el suicidio consumado estuvo presente en la gran mayoría, tanto en "medios nacionales más Canarias" (163 noticias, 91,06%), en medios de Canarias (36 noticias, 94,74%), y en medios nacionales (127 noticias, 90,07%). A mucha distancia porcentual, la segunda conducta más notificada fue el intento suicida (6,7% en "medios nacionales más Canarias", 5,26% en medios de Canarias, y 7,09% en medios nacionales); y la menos notificada, la ideación suicida (2,23% en "medios nacionales más Canarias", 0% en medios de Canarias, y 2,84% en medios nacionales).

Estos porcentajes de publicación según conducta suicida son semejantes a los recogidos en la literatura. Un estudio estadounidense registró un 69,1% de noticias sobre suicidio consumado, un 12,8% de noticias sobre intentos suicidas, y un 5,4% de noticias sobre ideas suicidas. En este estudio, dentro de las tipologías según conducta suicida, también se registraron suicidios-asesinatos (21,5%), suicidios pactados (3,4%), y suicidios con más de una víctima (11,4%) (Gould et al., 2007). De igual modo, un estudio australiano identificó un 60,8% de noticias sobre suicidio consumado, un 10,1% de noticias sobre intentos suicidas, un 8,9% de noticias sobre ideación suicida, y un 20,2% de noticias sobre varias conductas (Pirkis et al., 2002). En la misma línea, un estudio en China reconoció un 60,3% de noticias sobre suicidio consumado, y un 39,7% de noticias sobre intentos de suicidio (Fu et al., 2011). Un estudio suizo registró un 54,30% de noticias sobre suicidio consumado, y un 16,56% de noticias sobre intentos suicidas (Frey et al., 1997). Otro estudio suizo identificó un 74,10% de noticias sobre suicidio consumado, y un 25,89% de noticias sobre intentos suicidas (Michel et al., 1995). En ambos estudios suizos y en el de China no se especificó si no se identificaron noticias sobre ideas suicidas porque no se cuantificaron o porque no se publicaron. Asimismo, un estudio austriaco halló un 47% de noticias sobre suicidio consumado, un 8,9% de noticias sobre intentos suicidas, y un 5,2% de noticias sobre ideación suicida. En este estudio, también se registraron como tipologías independientes: suicidios-asesinatos (19,1%), programas de prevención (6,2%), e investigaciones sobre suicidio (5,2%) (Niederkrotenthaler et al., 2010).

De nuestro hallazgo, al igual que los previos, se traslucen dos ideas. Por un lado, los medios no publican en cantidad la realidad de la conducta suicida en la comunidad. Al contrario, representan a la inversa la prevalencia de los diferentes comportamientos suicidas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el 2017 fallecieron 3.679 personas por suicidio (INE, 2019a) entre los 46.527.039 españoles (INE, 2019b). Esto hace estimar que la prevalencia del suicidio consumado en España sea del 0,007%. Esta cifra es marcadamente más baja que los datos sobre intentos suicidas, y mucho más baja aún que los de ideación suicida, en España. El estudio ESEMeD identificó en España una prevalencia de las ideas suicidas del 4,4%, y una prevalencia de intentos suicidas del 1,5% (Bernal et al., 2007; Gabilondo et al., 2007). Este estudio también registró una prevalencia de planes suicidas del 1,4%, que podría englobarse dentro del conjunto de ideas suicidas. El estudio ODIN identificó en España una prevalencia de ideas suicidas del 2,3% en personas con trastornos depresivos (Casey et al., 2008). Es decir, usando conceptos acuñados por Fishman y Weimann (1997), la realidad retratada en los medios ("mass mediated reality") sobre la conducta suicida discrepa con la realidad oficial ("official reality").

Por otro lado, la baja publicación de ideas suicidas podría deberse al desconocimiento de los profesionales de los medios de comunicación del beneficio de tales noticias. Se

conoce la existencia de una asociación inversa entre noticias sobre ideación suicida y tasas de suicidio (Niederkrotenthaler et al., 2010; Pirkis et al., 2006b). El efecto protector de las noticias sobre ideación suicida probablemente esté mediado por un mecanismo de identificación, al tiempo que se transmite implícita o explícitamente que se adoptó una postura de 'seguir viviendo', estableciendo mecanismos de afrontamiento positivos en circunstancias adversas, en lugar de optar por el suicidio.
Por consiguiente, nuestro hallazgo plantea la necesidad de un cambio en la notificación de las conductas suicidas, a favor de un mayor grado de publicación de noticias sobre ideas de suicidio frente al suicidio consumado. De esta forma la audiencia tendría conciencia de la verdadera prevalencia de este fenómeno, y tales noticias favorecerían mejores actitudes de afrontamiento en situaciones de ideación suicida.

No se hallaron diferencias en las comparativas entre las diferentes conductas suicidas redactadas por los medios analizados: ni entre medios de diferentes organizaciones territoriales, ni entre medios de una misma área, ni entre medios que han recibido una intervención puntual o prolongada con respecto a otros que no. Nuestros hallazgos denotan que es complejo modificar la notificación de las conductas suicidas, incluso en medios que reciben algún tipo de formación. Ello se podría deber a la falta de acceso de los periodistas a personas que presenten ideación suicida. Es en este contexto donde cobra relevancia la participación de los profesionales de la Salud Mental, ofreciendo a los medios este tipo de sucesos, siendo intermediarios entre los pacientes y los periodistas. Con ello se podría lograr la identificación del lector con un protagonista que afronta una crisis suicida.

Del estudio de tipologías según conducta suicida, se trasluce que la ideación suicida está subrepresentada en los medios; siendo una situación difícil de modificar, inclusive en medios donde se ha realizado algún tipo de intervención.

Por último, cabe resaltar que el estudio de las tipologías de las noticias sobre suicidio en Canarias y en España puede suponer una importante herramienta de partida para la formación a los profesionales de los medios, por varios motivos. Por una parte, puede orientar a los propios medios sobre el perfil de noticias que emiten en torno al suicidio, independientemente de su mayor o menor adhesión a las recomendaciones de la OMS. Por otra parte, supone una información muy útil para los profesionales sanitarios responsables de la formación, ya que les indica con precisión sobre las tipologías más frecuentes. Así, en las actividades formativas podrían ilustrarse noticias modelo de estas tipologías más frecuentes, o utilizar los ejemplos negativos y positivos preferentemente en estas tipologías. Además, puede aconsejar sobre el refuerzo y promoción de ciertos tipos de noticias poco frecuentes que potencialmente tendrían un efecto protector (ideación suicida), o sobre la conveniencia de recalcar la no idoneidad de ciertos tipos de noticias, simplemente por el mero hecho de su tipología (p. ej. suicidio de un anónimo sin desorden público). En definitiva, la identificación de las tipologías de las noticias, y no solo la adhesión a las recomendaciones, resulta una herramienta de gran interés y utilidad.

6.4. Limitaciones y fortalezas

Este estudio tiene una serie de limitaciones y fortalezas.

Como limitaciones, el análisis de las noticias sobre suicidio se restringió a la prensa digital, quedando al margen noticias procedentes de otros medios de comunicación. La restricción utilizada implica que los hallazgos y conclusiones de este estudio no puedan generalizarse a otros medios. Sin embargo, la restricción queda justificada por motivos de factibilidad y porque la prensa es el medio de mayor influencia (Herrera et al., 2015). Además, la elección de medios digitales permite un análisis más preciso, y se justifica en que, excepto en un caso, los medios analizados en versión digital cuentan con una versión impresa tradicional.

Por otra parte, la búsqueda de noticias utilizó como referencia básica las palabras que contienen "suicid-". Es posible que algunas noticias no hayan utilizado este término, sino otros, como los relacionados con el método específico. No obstante, parece muy poco probable que una noticia sobre este tema obvie el término clave en todo el texto, por lo que la ocurrencia de este fenómeno probablemente haya sido mínima.

En cuanto a la evaluación, esta no fue ciega a los medios en los que cada noticia se publicaba. Ello se deriva tanto del registro del nombre del medio en el formato PDF, como por el hecho de que el propio formato visual de las noticias es diferente entre los medios analizados y característico de cada uno de ellos. Pero, la posible influencia de la subjetividad se minimizó gracias a la evaluación por dos codificadores.

Por último, en lo relativo al posible efecto positivo de la intervención realizada, no es posible inferir que la mejoría se deba a la intervención formativa realizada, dada la existencia de múltiples factores concomitantes. Sin embargo, la naturaleza del fenómeno determina una conveniencia de diseñar estudios de este tipo para evaluar estos posibles efectos, como se ha realizado de forma generalizada en la literatura y en este caso, para realizar inferencias a partir de los hallazgos.

Este estudio también tiene una serie de fortalezas. En primer lugar, el aspecto de la subjetividad inherente a la naturaleza de la evaluación de las noticias se minimizó, al contar con dos evaluadores cualificados que, en caso de discrepancia, realizaban una revisión de las noticias y un consenso posterior.

Por otra parte, la herramienta básica de medición de las recomendaciones de la OMS fue un texto publicado en una prestigiosa revista española, de difusión internacional. Además, este texto fue el fruto de un proceso sistemático que aunó criterios lingüísticos y científicos, obtenido a partir de los tres textos disponibles de recomendaciones de la OMS (Acosta et al., 2017). En esta publicación se aludía a la posibilidad de utilizar el texto de las recomendaciones con varios fines, entre ellos, la investigación.

Por su parte, el estudio incluyó un amplio rango de variables y un procedimiento de operativización riguroso. Además, incluyó variables hasta ahora ignoradas, como la evitabilidad. En cuanto a las propias recomendaciones, incluyó no solo las propias de evitar el efecto Werther (las más habituales en la literatura) sino también aquellas propias del efecto Papageno.

Por último, el ámbito geográfico amplio evaluado permite no solo la identificación de los perfiles propios de cada área geográfica, ya importante de por sí, sino también la comparación entre estas y la inferencia de la posible influencia de las intervenciones formativas realizadas en ellas.

7. Conclusiones

• La práctica totalidad de las noticias sobre suicidio no presentaron adhesión a las recomendaciones de la OMS, tanto en "medios nacionales más Canarias", en medios de Canarias, y en medios nacionales. Este hallazgo sugiere que los periodistas desconocen las recomendaciones de la OMS, o de conocerlas, se adhieren a ellas de un modo deficiente.

• La adhesión a las recomendaciones de la OMS fue marcadamente baja desde una perspectiva dicotómica, y notablemente baja desde la perspectiva de la gradación.

• El grado de adhesión al conjunto de recomendaciones "Qué no hacer" fue bajo en los tres grupos geográficos analizados; apuntando al uso indebido de características con efecto Werther o efecto contagio en las noticias sobre suicidio.

• El grado de adhesión al conjunto de recomendaciones "Qué hacer" fue bajo en los tres grupos geográficos analizados; lo cual trasluce la falta de características con efecto Papageno o efecto protector en las noticias sobre suicidio.

• No se hallaron diferencias en la adhesión a las recomendaciones de la OMS entre medios nacionales y de Canarias, ni entre los periódicos digitales de una misma área. No existen apenas diferencias en la adhesión a cada una de las recomendaciones entre medios nacionales y de Canarias, ni entre los periódicos digitales de una misma área de distribución. Todo ello sugiere que el desconocimiento o falta de uso de las recomendaciones de la OMS por parte de los periodistas sucede en ambas organizaciones territoriales y sin distinción entre los diferentes medios.

• Aproximadamente un tercio de noticias sobre suicidio fueron evitables, al tratar temas sin un claro interés periodístico y además presentar un potencial negativo al no adherirse a las recomendaciones, o porque repitieron el suceso de un suicidio ya expuesto previamente en el mismo medio. Este hallazgo sugiere la falta de conocimiento de los periodistas sobre cuándo procede publicar o no una noticia sobre suicidio.

• Tanto la adhesión dicotómica, como los diferentes grados de adhesión (general, a ítems QNH, y a ítems QH), fueron mayores en los medios sobre los que se realiza una intervención prolongada y a múltiples niveles en cómo informar el suicidio (Victoria) que en los que no se hace (Canarias). Todo ello, sugiere que este tipo de intervención resulta efectiva.

• Una intervención puntual en medios de Canarias se asoció a una mejora en la adhesión dicotómica y en el grado de adhesión, si bien ambas con tendencia a la significación. Por lo tanto, se trasluce que una intervención puntual tiene resultados positivos pero parciales.

• Las noticias evitables en los medios de Victoria fueron mayores que en los medios de Canarias. Además, las noticias evitables en los medios de Canarias tras una intervención puntual fueron mayores que antes de esta. Ello plantea la posibilidad de un exceso de confianza de los periodistas en abordar el suicidio, al saber que están formados para

ello, olvidando o no teniendo en cuenta que algunas noticias sobre suicidio pueden ser obviadas.

• Durante el periodo evaluado, 6 meses, se publicaron 179 noticias en "medios nacionales más Canarias", 38 noticias en medios de Canarias, y 141 noticias en medios nacionales.

• La frecuencia fue mayor en algunos periódicos digitales con respecto a otros de la misma área geográfica. Este hallazgo sugiere que ciertos periodistas desconocen la pertinencia de no publicar noticias sobre suicidio si no son necesarias, o incluso la búsqueda consciente o inconsciente de sensacionalismo y/o fines comerciales.

• La frecuencia fue mayor en medios que han recibido una intervención puntual o prolongada. Esto sugiere que la formación podría ocasionar mayor comodidad entre los periodistas a la hora de abordar el suicidio, y por tanto mayor notificación de tal fenómeno.

• Según tipo de contenido, las noticias sobre suicidio más publicadas fueron las de suicidio-asesinato, seguidas de suicidio de un anónimo que no genera desorden público, y en tercer lugar suicidio de un famoso. Ello tuvo lugar en los tres grupos geográficos analizados. Estos hallazgos sugieren la conveniencia de que estos tipos de noticias se adhieran a las recomendaciones de la OMS por su alta publicación.

• Al comparar las tipologías según contenido entre una región donde no se hace ninguna intervención (Canarias) con otra donde sí tiene lugar de forma prolongada (Victoria) se hallaron diferencias. Por tanto, se trasluce que, a través de una intervención constante y compleja, es posible un cambio en el contenido de las noticias sobre suicidio.

• Según el tipo de conducta suicida redactada en las noticias, la gran mayoría de estas versaron sobre suicidio consumado. A mucha distancia porcentual, las segundas fueron las de intento de suicidio, y por último las de ideas suicidas. Ello tuvo lugar en los tres grupos geográficos analizados. Lo cual orienta a la pertinencia de que, especialmente, las noticias sobre suicidio consumado se adhieran a las recomendaciones de la OMS por su alta notificación.

• Existe una considerable baja notificación de ideas de suicidio, sugiriendo la falta de conocimiento de los periodistas sobre el efecto protector de tales noticias y por tanto la necesidad de intervención para corregir este hecho.

• No se hallaron diferencias en la notificación de conductas suicidas entre medios de diferentes organizaciones territoriales, ni entre medios de una misma área, ni entre medios que han recibido una intervención puntual o prolongada con respecto a otros que no. Lo que denota que es complejo modificar la notificación de las conductas suicidas, incluso en medios que reciben algún tipo de formación.

• Los hallazgos sobre la deficiente adhesión a las recomendaciones de la OMS, en las tres áreas geográficas de España estudiadas, señalan la conveniencia de implementar acciones formativas dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, centradas en estas recomendaciones. Esta conveniencia está reforzada por los resultados

positivos hallados tanto para la intervención formativa puntual en Canarias, como para la prolongada y a diferentes niveles de Victoria.

• El estudio de la adhesión a las recomendaciones de la OMS, la evitabilidad, la frecuencia y las tipologías en áreas con y sin formación aporta una información de gran relevancia. Además de proporcionar un perfil descriptivo rico sobre el fenómeno, orienta sobre las necesidades formativas más acuciantes, sobre la efectividad diferencial de las acciones formativas en los distintos tipos de recomendaciones, y sobre los posibles efectos de la formación sobre el perfil posterior de las noticias. Todos estos elementos pueden resultar claves para una adecuada planificación, implementación formativa, y evaluación de resultados en las noticias sobre suicidio.

Conclusions

• The almost totality of suicide news articles did not adhere to the WHO recommendations in the segment including Spanish national media and Canary Islands media and also separately in Canary Islands media and in national media. This fact leads to the belief that journalists are not familiar with the WHO recommendations and that if they are, they do not adhere to them.

• Adherence to the WHO recommendations was extremely low from a dichotomous perspective, and the degree of adherence was also very low.

• The degree of adherence to the "What not to do" recommendations was low in all the three geographical groups analyzed, which points to a misuse of the aspects that may trigger a Werther or contagion effect in suicide news articles.

• The degree of adherence to the "What to do" recommendations was low in all the three geographical groups analyzed, which reveals a lack of aspects that could have a Papageno or protective effect in suicide news articles.

• No differences were found in the adherence to the WHO recommendations between Canary Islands and national media, or between digital newspapers in the same geographical area. There were hardly any differences in the adherence to each specific recommendation between Canary Islands and national media, or between digital newspapers in the same geographical area. All this suggests that journalists' unfamiliarity with the WHO recommendations or their lack of application takes place in both areas, with no distinction between different media.

• Approximately one third of the suicide news articles were avoidable, since they were not newsworthy and had a potential negative impact because of their non-adherence to the recommendations or because they repeated a story that had been previously covered in the same media. This finding suggests that journalists are unaware of when it is appropriate to publish news about suicide.

• Both dichotomous adherence and the degree of adherence (total, to "What not to do", and "What to do" items) were greater in media where a continued multilevel intervention on how to report on suicide had been implemented (Victoria) than in those where no intervention had taken place (Canary Islands). This shows that these interventions are effective.

• A one-time intervention carried out in the Canary Islands media led to an improved dichotomous adherence and adherence degree, with tendency to significance in both variables. Hence, it suggests that a one-time intervention has positive, although limited, results.

• Victoria media included more avoidable news than Canary Islands media. Also, the number of avoidable news articles in Canary Islands media increased after a one-time intervention. This fact leads to consider that having received the appropriate training, journalists may become overconfident in their ability to cover suicide stories and forget or disregard that some news stories could be avoided.

• During the evaluation period of 6 months, 179 news articles were published in the Spanish national media and the Canary Islands media together (38 news articles in Canary Islands media and 141 in national media).

• Frequency was higher in some digital newspapers than others in the same geographical area. This suggests that some journalists are unaware of the fact that non-newsworthy stories about suicide should be avoided, and also that there is a sensationalist drift and/or commercial purposes (whether conscious or unconscious).

• Higher frequency was registered in media where one-time or continued interventions had been implemented. This indicates that training could make journalists more comfortable to address suicide and coverage of these stories would increase accordingly.

• According to content, the most published news about suicide were "murder-suicide", followed by "suicide of an anonymous person without public disorder", and "suicide of a famous person" in the last place. This took place in all the three geographical areas analyzed. These findings evidence the need for this type of news to adhere to the WHO recommendations, given their high media coverage.

• Categories according to content are different between a region where no intervention had been implemented (Canary Islands) and another region where continued intervention had been put into practise (Victoria). This shows that through continuous and complex intervention, a change in the content of the suicide news articles is possible.

• In terms of the type of suicidal behaviour included in the news, the majority of them were about "suicide death". These were followed at a long distance by "suicide attempt" and "suicidal ideation" was in the last place. This took place in all of the three geographical areas analyzed. Therefore, it is imperative for news articles about "suicide death" to adhere to the WHO recommendations, given their high media coverage.

• Media coverage of suicidal ideations is substantially low, which suggests journalists' unawareness of the protective effect of these stories; therefore there is a need to take action to tackle this.

• No differences were found in media coverage of suicidal behaviour between media of different territorial organisations, neither between different media in the same area, nor between media that had included a one-time or continued intervention and those that had not. This shows the complexity of modifying media coverage of suicidal behaviour, even in media that have included some kind of training.

• Findings on the poor adherence to the WHO recommendations in the three Spanish geographical areas analysed indicate that it would be advisable to implement training interventions for media professionals on these recommendations. The suitability of such training is supported by the positive results obtained in the one-time training intervention performed in the Canary Islands and the continued multilevel intervention implemented in Victoria.

• The study of the adherence to the WHO recommendations, avoidability, frequency and typology in areas with and without training interventions provides very relevant information. Besides providing a rich descriptive profile of this phenomenon, it

provides information on the most urgent training needs, the differential effectiveness of training interventions about different recommendations, and on the possible effects of training on the news profile. All these aspects are crucial for adequate planning, training implementation and result assessment in suicide news articles.

Anexo: Protocolos de transferencia de hipertexto a estudio.

Medios de Canarias (previa intervención):

Canarias 7:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttps%3A%2F%2Fwww.canarias7.es%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#spf=1

El Día:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.eldia.es%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#spf=1

La Opinión:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.laopinion.es%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#spf=1

La Provincia:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.laprovincia.es%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#spf=1

Medios nacionales:

ABC:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.abc.es%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#spf=1

El Confidencial:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.elconfidencial.com%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#spf=1

El Mundo:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.elmundo.es%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#spf=1

El País:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Felpais.com%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#spf=1

Medios de Victoria, Australia:

Geelong Advertiser:
https://www.google.com.au/search?q=suicide+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.geelongadvertiser.com.au%2F&lr=&hl=en&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#hl=en&as_qdr=all&tbs=cdr:1,cd_min:11/1/2016,cd_max:4/30/2017&q=suicid+*+site:http://www.geelongadvertiser.com.au/&spf=186

Herald Sun:
https://www.google.com.au/search?q=suicide+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.heraldsun.com.au%2F&lr=&hl=en&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#hl=en&as_qdr=all&tbs=cdr:1,cd_min:11/1/2016,cd_max:4/30/2017&q=suicid+*+site:http://www.heraldsun.com.au/&spf=238

The Age:
https://www.google.com.au/search?q=suicide+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.theage.com.au%2F&hl=en&as_qdr=all&biw=1301&bih=641&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#hl=en&as_qdr=all&tbs=cdr:1,cd_min:11/1/2016,cd_max:4/30/2017&q=suicid+*+site:http://www.theage.com.au/&spf=381

The Courier:
https://www.google.com.au/search?q=suicide+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.thecourier.com.au%2F&lr=&hl=en&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A11%2F1%2F2016%2Ccd_max%3A4%2F30%2F2017&tbm=#hl=en&as_qdr=all&tbs=cdr:1,cd_min:11/1/2016,cd_max:4/30/2017&q=suicid+*+site:http://www.thecourier.com.au/&spf=186

Medios de Canarias tras intervención:

Canarias 7 tras intervención:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttps%3A%2F%2Fwww.canarias7.es%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A12%2F15%2F2017%2Ccd_max%3A6%2F13%2F2018&tbm=

El Día tras intervención:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.eldia.es%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A12%2F15%2F2017%2Ccd_max%3A6%2F13%2F2018&tbm=

La Opinión tras intervención:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.laopinion.es%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A12%2F15%2F2017%2Ccd_max%3A6%2F13%2F2018&tbm=

La Provincia tras intervención:
https://www.google.es/search?q=suicid+*+site%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.laprovincia.es%2F&lr=&safe=active&hl=es&as_qdr=all&source=lnt&tbs=cdr%3A1%2Ccd_min%3A12%2F15%2F2017%2Ccd_max%3A6%2F13%2F2018&tbm=

Bibliografía

Acosta Artiles, F. J., Rodriguez Rodríguez-Caro, C. J., y Cejas Méndez, M. R. (2017). Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. *Revista Española de Salud Pública, 91*.

AGNSPP y E. Australian Government under the National Suicide Prevention Program y Everymind. (1 de septiembre de 2018). The Australian Government's Mindframe National Media Initiative. Recuperado de http://www.mindframe-media.info/

Alexa. (1 de mayo de 2017). Alexa Internet, Inc. Recuperado de https://www.alexa.com/

Almiron, N. (2006). Pluralismo en Internet: el caso de los diarios digitales españoles de información general sin referente impreso. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación,* (13-14), 9-31.

American Foundation for Suicide Prevention, Annenberg Public Policy Center, Columbia University Department of Psychiatry, National Alliance on Mental Illness, New Hampshire, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, y Suicide Awareness Voices of Education. (1 de septiembre de 2018). *Recommendations for Reporting on Suicide*. Reporting on Suicide. Recuperado de http://reportingonsuicide.org/wp-content/themes/ros2015/assets/images/Recommendations-eng.pdf

American Foundation for Suicide Prevention, y Centers for Disease Control and Prevention. (2001). *Reporting on suicide: Recommendations for the media*. Nueva York, Estados Unidos: Centers for Disease Control and Prevention.

Annenberg Public Policy Center. (2001). *Recommendations for the Media.*

Armstrong, G., Vijayakumar, L., Niederkrotenthaler, T., Jayaseelan, M., Kannan, R., Pirkis, J., y Jorm, A. F. (2018). Assessing the quality of media reporting of suicide news in India against World Health Organization guidelines: A content analysis study of nine major newspapers in Tamil Nadu. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 0004867418772343.

Association of State and Territorial Health Officials, New Jersey Department of Health, Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, y US Department of Health and Human Services. (1991). *Recommendations from a workshop on suicide contagion and the reporting of suicide.* Washington D. C., Estados Unidos: Government Printing Office.

Au, J. S., Yip, P. S., Chan, C. L., y Law, Y. W. (2004). Newspaper reporting of suicide cases in Hong Kong. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 25*(4), 161-168.

Australian Bureau of Statistics. (1 de septiembre de 2018). *Australian Demographic* Statistics, Dec 2017. Commonwealth of Australia. Recuperado de

http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/allprimarymainfeatures/C3AC94C0AE80617ACA25830D0012C41D?opendocument

Australian Bureau of Statistics. (1 de febrero de 2019). *Causes of Death, Australia, 2017*. Commonwealth of Australia. Recuperado de http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/by%20Subject/3303.0~2017~Main%20Features~Intentional%20self-harm,%20key%20characteristics~3

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory of mass communication. *Media Psychology, 3*(3), 265-299.

Banerjee, A., y Birenbaum-Carmeli, D. (2007). Ordering suicide: media reporting of family assisted suicide in Britain. *Journal of medical ethics, 33*(11), 639-642.

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... y Torres, J. V. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders, 101*(1-3), 27-34.

Blood, R. W., y Pirkis, J. (2001). Suicide and the media: Part III. Theoretical issues. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22*(4), 163.

Blood, R. W., Pirkis, J., y Holland, K. (2007). Media reporting of suicide methods: An Australian perspective. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 28*(S1), 64-69.

Bohanna, I., y Wang, W. (2012). Media guidelines for the responsible reporting of suicide: a review of effectiveness. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 33*(4), 190-198.

Casey, P., Dunn, G., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Dowrick, C., y Ayuso-Mateos, J. L. (2008). The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(4), 299-304.

Centre for Policy Alternatives. (2003). *Suicide Sensitive Journalism Handbook*. Colombo, Sri Lanka. Recuperado de http://www.mediawise.org.uk/wp-content/uploads/2011/03/Suicide-Sensitive-Journalism-Handbook1.pdf

Chan, K. P., Lee, D. T., y Yip, P. S. F. (2003). Media influence on suicide. Media's role is double edged. *British Medical Journal, 1;326*(7387):498.

Chapple, A., Ziebland, S., Simkin, S., y Hawton, K. (2013). How people bereaved by suicide perceive newspaper reporting: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry, 203*(3), 228-232.

Chen, Y. Y., Tsai, P. C., Chen, P. H., Fan, C. C., Hung, G. C. L., y Cheng, A. T. (2010). Effect of media reporting of the suicide of a singer in Taiwan: the case of Ivy Li. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 45*(3), 363-369.

Chen, Y. Y., Chen, F., y Yip, P. S. (2011). The impact of media reporting of suicide on actual suicides in Taiwan, 2002–05. *Journal of Epidemiology & Community Health, 65*(10), 934-940.

Chen, Y. Y., Liao, S. F., Teng, P. R., Tsai, C. W., Fan, H. F., Lee, W. C., y Cheng, A. T. (2012). The impact of media reporting of the suicide of a singer on suicide rates in Taiwan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(2), 215-221.

Cheng, A. T., Hawton, K., Lee, C. T., y Chen, T. H. (2007a). The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *International Journal of Epidemiology, 36*(6), 1229-1234.

Cheng, A. T., Hawton, K., Chen, T. H., Yen, A. M., Chang, J. C., Chong, M. Y., ... y Chen, L. C. (2007b). The influence of media reporting of a celebrity suicide on suicidal behavior in patients with a history of depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 103*(1-3), 69-75.

Chomsky, N., y Herman, E. S. (2001). *Los guardianes de la libertad: propaganda, desinformación y consenso en los medios de comunicación de masas*. Crítica.

Chu, X., Zhang, X., Cheng, P., Schwebel, D. C., & Hu, G. (2018). Assessing the Use of Media Reporting Recommendations by the World Health Organization in Suicide News Published in the Most Influential Media Sources in China, 2003–2015. *International journal of environmental research and public health, 15*(3), 451.

Chung, W. S. D., y Leung, C. M. (2001). Carbon monoxide poisoning as a new method of suicide in Hong Kong. *Psychiatric Services, 52*(6), 836-837.

Collings, S. C., y Kemp, C. G. (2010). Death knocks, professional practice, and the public good: The media experience of suicide reporting in New Zealand. *Social Science & Medicine, 71*(2), 244-248.

Commonwealth of Australia. (2002). *Reporting suicide and mental illness: A resource for media professionals.*

Crane, C., Hawton, K., Simkin, S., y Coulter, P. (2005). Suicide and the Media: Pitfalls and Prevention: Report on a Meeting Organized by the Reuters Foundation Program at Green College and University of Oxford Centre for Suicide Research at Green College, Oxford, UK, November 18, 2003. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 26*(1), 42-47.

De Lima, L., Woodruff, R., Pettus, K., Downing, J., Buitrago, R., Munyoro, E., ... y Radbruch, L. (2017). International Association for Hospice and Palliative Care position statement: euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of Palliative Medicine, 20*(1), 8-14.

Department of Health. (2002). *National suicide prevention strategy for England*. DoH.

Dumon, E., y Portzky, G. (2014). *Suicide Prevention Toolkit for Media Professionals.*

El Mundo. (s.f.). *Libro de estilo del diario El Mundo*. Recuperado de http://www.masmenos.es/wp-content/uploads/2002/01/librodeestilo_elmundo.pdf

El País, E. (2014). *Libro de estilo*. Aguilar.

Etzersdorfer, E., Sonneck, G., y Nagel-Kuess, S. (1992). Newspaper reports and suicide. *The New England Journal of Medicine, 13;327*(7):502-503.

Etzersdorfer, E., Voracek, M., y Sonneck, G. (2004). A dose-response relationship between imitational suicides and newspaper distribution. *Archives of Suicide Research, 8*(2), 137-145.

Etzersdorfer, E., y Sonneck, G. (1998). Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980–1996. *Archives of Suicide Research, 4*(1), 67-74.

FEAFES. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2008). *Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

Fekete, S., y Macsai, E. (1990). Hungarian suicide models, past and present. En G. Ferrari (Ed.), *Suicidal behavior and risk factors.* (pp. 149-156). Bolonia, Italia: Monduzzi Editore.

Fekete, S., y Schmidtke, A. (1995). The impact of mass media reports on suicide and attitudes toward self-destruction: previous studies and some new data from Hungary and Germany. En B. L. Mishara (Ed.), *The impact of suicide*. (pp. 142-155). Nueva York, Estados Unidos: Springer.

Fishman, G., y Weimann, G. (1997). Motives to commit suicide: statistical versus mass-mediated reality. *Archives of suicide research, 3*(3), 199-212.

Frei, A., Schenker, T., Finzen, A., Dittmann, V., Kraeuchi, K., y Hoffmann-Richter, U. (2003). The Werther effect and assisted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(2), 192-200.

Frey, C., Michel, K., y Valach, L. (1997). Suicide reporting in Swiss print media: Responsible or irresponsible?. *The European Journal of Public Health, 7*(1), 15-19.

FSME. Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. (1 de septiembre de 2018). *Suicidios España 2016*. Recuperado de file:///C:/Users/PC/Downloads/Observatorio%20del%20Suicidio%20-Estadisticas%202016-.pdf

Fu, K. W., Chan, Y. Y., y Yip, P. S. (2011). Newspaper reporting of suicides in Hong Kong, Taiwan and Guangzhou: compliance with WHO media guidelines and epidemiological comparisons. *Journal of Epidemiology & Community Health, 65*(10), 928-933.

Fu, K. W., y Yip, P. S. F. (2008). Changes in reporting of suicide news after the promotion of the WHO media recommendations. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(5), 631-636.

Fu, K. W., y Yip, P. S. (2009). Estimating the risk for suicide following the suicide deaths of 3 Asian entertainment celebrities: a meta-analytic approach. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*(6), 869.

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., ... y Haro, J. M. (2007). Prevalence and risk factors for suicide ideation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study. *Medicina Clinica, 129*(13), 494-500.

Gibson, J. P., y Range, L. M. (1991). Are written reports of suicide and seeking help contagious? High schoolers' perceptions. *Journal of Applied Social Psychology, 21*(18), 1517-1523.

Goethe, J. W. (2011). *Las penas del joven Werther*. ALBA Editorial.

Goldney, R. D. (2001). The media and suicide: a cautionary view. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22*(4), 173.

Gould, M. S., Midle, J. B., Insel, B., y Kleinman, M. (2007). Suicide reporting content analysis: abstract development and reliability. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 28*(4), 165-174.

Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S., y Kapur, N. (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *International Journal of Epidemiology, 34*(2), 433-442.

Hamilton, S., Metcalfe, C., y Gunnell, D. (2011). Media reporting and suicide: A time-series study of suicide from Clifton Suspension Bridge, UK, 1974–2007. *Journal of Public Health, 33*(4), 511-517.

Hastings, G., Stead, M., y Webb, J. (2004). Fear appeals in social marketing: Strategic and ethical reasons for concern. *Psychology & Marketing, 21*(11), 961-986.

Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J. J., O'connor, S., Keen, A., Altman, D. G., ... y Bulstrode, C. (1999). Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self poisoning: time series and questionnaire study. *British Medical Journal, 318*(7189), 972-977.

Hawton, K., y Williams, K. (2005). Media influences on suicidal behaviour: evidence and prevention. En K. Kawton (Ed.), *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From Science to Practice*. (pp. 293-306). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.

Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., y Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine, 36*(9), 1225-1233.

Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, E., Van Audenhove, C., Bouleau, J. H., Van der Feltz-Cornelis, C., ... y Meise, U. (2008). The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry, 9*(1), 51-58.

Hegerl, U., Koburger, N., Rummel-Kluge, C., Gravert, C., Walden, M., y Mergl, R. (2013). One followed by many? Long-term effects of a celebrity suicide on the number of suicidal acts on the German railway net. *Journal of Affective Disorders, 146*(1), 39-44.

Henderson, L. (1996). Selling Suffering: Mental Illness and Media Values. En G. Philo (Ed.), *Media and Mental Distress*. (pp. 18-36). Londres, Reino Unido: Longman.

Herrera Ramírez, R., Ures Villar, M. B., y Martínez Jambrina, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35*(125), 123-134.

Higgins, L., y Range, L. (1996). Does information that a suicide victim was psychiatrically disturbed reduce the likelihood of contagion?. *Journal of Applied Social Psychology, 26*(9), 781-785.

Hong Kong Jockey Club Centre for Suicide Research and Prevention. (s.f.). *Suicide and the Media: Recommendations on Suicide Reporting for Media Professionals.* Recuperado de https://www.iasp.info/pdf/task_forces/HongKong_Recommendations_Media.pdf

Hung, N. C., y Rabin, L. A. (2009). Comprehending childhood bereavement by parental suicide: A critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions. *Death studies, 33*(9), 781-814.

INE. Instituto Nacional de Estadística. (1 de febrero de 2019a). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*. INE 2019. Recuperado de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175

INE. Instituto Nacional de Estadística. (1 de febrero de 2019b). *Cifras de población. Resultados*. INE 2019. Recuperado de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=resultados&idp=1254735572981

ISTAC. Instituto Canario de Estadística. (1 de septiembre de 2018). *Demografía. Población. Censos de Población y Viviendas*. Gobierno de Canarias. Recuperado de https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/statistical-visualizer/visualizer/data.html?resourceType=indicator&resourceId=POBLACION&measure=ABSOLUTE&geo=ES70#visualization/table

International Association for Suicide Prevention. (1 de septiembre de 2018). Special *Interest group - Suicide and the Media*. 2000 - 2018 International Association for Suicide Prevention (IASP). Recuperado de https://www.iasp.info/media_guidelines.php

Jain, N., y Kumar, S. (2016). Is suicide reporting in Indian newspapers responsible? A study from Rajasthan. *Asian Journal of Psychiatry, 24*, 135-138.

Jamieson, P. (2001). *Reporters' knowledge of guidelines and contagion*. Filadelfia, Estados Unidos: Annenberg Public Policy Center.

Jamieson, P., Jamieson, K. H., y Romer, D. (2003). The responsible reporting of suicide in print journalism. *American Behavioral Scientist, 46*(12), 1643-1660.

Jefatura del Estado. (2015). Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado número 281, de 24/11/1995 - Última modificación: 28/04/2015*, 173.

Ji, N. J., Lee, W. Y., Noh, M. S., y Yip, P. S. (2014). The impact of indiscriminate media coverage of a celebrity suicide on a society with a high suicide rate: epidemiological findings on copycat suicides from South Korea. *Journal of affective disorders, 156*, 56-61.

Kapusta, N., y Sonneck, G. (2012). Suicides in Austria: update on present state and recent trends. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Osterreichischer Nervenarzte und Psychiater, 26*(3), 103-105.

Kerkhof, A. J. (2005). Suicide Prevention Discussed at the WHO European Ministerial Conference on Mental Health. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 26*(2), 51.

Knickmeyer, S. (1996). Commentary. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*:269–271.

Knox, K. L., Conwell, Y., y Caine, E. D. (2004). If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it?. *American Journal of Public Health, 94*(1), 37-45.

Kral, M. J. (1994). Suicide as social logic. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24*(3), 245-255.

Lee, J., Lee, W. Y., Hwang, J. S., y Stack, S. J. (2014). To what extent does the reporting behavior of the media regarding a celebrity suicide influence subsequent suicides in South Korea?. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(4), 457-472.

Liu, K. Y., Beautrais, A., Caine, E., Chan, K., Chao, A., Conwell, Y., ... y Yip, P. (2007). Charcoal burning suicides in Hong Kong and urban Taiwan: an illustration of the impact of a novel suicide method on overall regional rates. *Journal of Epidemiology & Community Health, 61*(3), 248-253.

Machlin, A., Pirkis, J., y Spittal, M. J. (2013). Which suicides are reported in the media–And what makes them "newsworthy"?. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 1;34*(5), 305-313.

Maillart, A., Reisch, T., y Michel, K. (2007, septiembre). *Monitoring of suicide reporting in print media 10 years after the publication of media guidelines.*

Comunicación presentada en International Association for Suicide Prevention Congress, Killarney, Irlanda.

Maloney, J., Pfuhlmann, B., Arensman, E., Coffey, C., Gusmão, R., Poštuvan, V., ... y Schmidtke, A. (2014). How to adjust media recommendations on reporting suicidal behavior to new media developments. *Archives of Suicide Research, 18*(2), 156-169.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... y Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA, 294*(16), 2064-2074.

McCombs, M. E., y Shaw, D. L. (1972). The agenda-setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly, 36*(2), 176-187.

McDonald, D. H., y Range, L. M. (1990). Do written reports of suicide induce high-school students to believe that suicidal contagion will occur?. *Journal of Applied Social Psychology, 20*(13), 1093-1102.

McManus, J. (1992). Serving the public and serving the market: A conflict of interest?. *Journal of Mass Media Ethics, 7*(4), 196-208.

MediaWise Trust. (s.f.). *The Media and Suicide: Guidance for Journalists from Journalists*. Bristol, Reino Unido. Recuperado de http://www.mediawise.org.uk/wp-content/uploads/2011/03/The-Media-and-Suicide-.pdf

Michel, K., Frey, C., Schlaepfer, T. E., y Valach, L. (1995). Suicide reporting in the Swiss print media: frequency, form and content of articles. *The European Journal of Public Health, 5*(3), 199-203.

Michel, K., Wyss, K., Frey, C., y Valach, L. (2000). An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 21*(2), 71.

Moreno-Pelayo, V. (2005). Interacción entre medidas de popularidad en el posicionamiento web. *El profesional de la información, 14*(2), 100-107.

Motto, J. A. (1970). Newspaper influence on suicide: A controlled study. *Archives of general psychiatry, 23*(2), 143-148.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011a). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011b). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.*

Muñoz, L. F., y Sánchez, R. (2013). Caracterización de noticias sobre suicidio en medios impresos en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 43*, 12-18.

National Union of Journalists. (2014). *Responsible reporting on mental health, mental illness and death by suicide. A practical guide for Journalist by National Union of*

Journalists. Recuperado de file:///C:/Users/PC/Downloads/nuj-guidelines-for-reporting-mental-health-and-death-by-suicide.pdf

New Zealand Ministry of Health. (1999). *Suicide and the media: The reporting and portrayal of suicide in the media*. Wellington, Nueva Zelanda. Recuperado de https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicideandthemedia.pdf

Niederkrotenthaler, T., Till, B., Herberth, A., Voracek, M., Kapusta, N. D., Etzersdorfer, E., ... y Sonneck, G. (2009a). The gap between suicide characteristics in the print media and in the population. *The European Journal of Public Health, 19*(4), 361-364.

Niederkrotenthaler, T., Till, B., Kapusta, N. D., Voracek, M., Dervic, K., y Sonneck, G. (2009b). Copycat effects after media reports on suicide: A population-based ecologic study. *Social Science & Medicine, 69*(7), 1085-1090.

Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., ... y Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry, 197*(3), 234-243.

Niederkrotenthaler, T., Fu, K. W., Yip, P. S., Fong, D. Y., Stack, S., Cheng, Q., y Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*, 1037-1042.

Niederkrotenthaler, T., Reidenberg, D. J., Till, B., y Gould, M. S. (2014). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: The role of mass media. *American Journal of Preventive Medicine, 47*(3), S235-S243.

Niederkrotenthaler, T., y Sonneck, G. (2007). Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*(5), 419-428.

Nock, M. K., y Marzuk, P. M. (1999). Murder-suicide: Phenomenology and clinical implications. En D. G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. (pp. 188-209). San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass.

Nutt, R., Kidd, B., y Matthews, K. (2015). Assessing the Adherence to Guidelines of Media Reporting of Suicide Using a Novel Instrument—the "Risk of Imitative Suicide Scale" (RIS c). *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*(3), 360-375.

O'Carroll, P. W., y Potter, L. B. (1994). Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports, 22;43*(RR-6), 9-17.

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Ginebra, Suiza.

Penrose-Wall, J., Baume, P., y Martin, G. (1999). *Achieving the balance: A resource kit for Australian media professionals for the reporting and portrayal of suicide and mental illnesses*. Canberra: Commonwealth of Australia.

Pérez Barrero, S. A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 34*(3).

Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 340-354.

Phillips, D. P., y Carstensen, L. L. (1986). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *New England Journal of Medicine*, *315*(11), 685-689.

Phillips, D. P., Lesyna, K., y Paight, D. J. (1992). Suicide and the media. En R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltsberger, y R. I. Yufit (Eds.), *Assessment Assessment and prediction of suicide.* (pp. 499-519). Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.

Pirkis, J., Francis, C., Pirkis, J., Francis, C., Warwick Blood, R., Burgess, P., ... y Putnis, P. (2002). Reporting of suicide in the Australian media. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*(2), 190-197.

Pirkis, J., Blood, R. W., Beautrais, A., Burgess, P., y Skehan, J. (2006a). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 27*(2), 82-87.

Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Francis, C., Blood, R. W., y Jolley, D. J. (2006b). The relationship between media reporting of suicide and actual suicide in Australia. *Social Science & Medicine, 62*(11), 2874-2886.

Pirkis, J., Burgess, P., Blood, R. W., y Francis, C. (2007). The newsworthiness of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(3), 278-283.

Pirkis, J., Dare, A., Blood, R. W., Rankin, B., Williamson, M., Burgess, P., y Jolley, D. (2009). Changes in media reporting of suicide in Australia between 2000/01 and 2006/07. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 30*(1), 25-33.

Pirkis, J., y Blood, R. W. (2001a). Suicide and the media: Part I. Reportage in nonfictional media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22*(4), 146.

Pirkis, J., y Blood, R. W. (2001b). Suicide and the media: Part II. Portrayal in fictional media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22*(4), 155.

Queinec, R., Beitz, C., Contrand, B., Jougla, E., Leffondré, K., Lagarde, E., y Encrenaz, G. (2011). Copycat effect after celebrity suicides: results from the French national death register. *Psychological Medicine, 41*(3), 668-671.

Ramadas, S., y Kuttichira, P. (2011). The development of a guideline and its impact on the media reporting of suicide. *Indian Journal of Psychiatry*, *53*(3), 224.

Richards, N. (2017). Assisted suicide as a remedy for suffering? The end-of-life preferences of British "suicide tourists". *Medical Anthropology, 36*(4), 348-362.

Romer, D., Jamieson, P. E., y Jamieson, K. H. (2006). Are news reports of suicide contagious? A stringent test in six US cities. *Journal of Communication, 56*(2), 253-270.

Rubiano Daza, H., Quintero Cabrera, T., y Bonilla Londoño, C. I. (2007). El suicidio: más que una noticia, un tema de responsabilidad social. *Palabra Clave, 10*(2).

Samaritans. (2013). *Media guidelines for reporting suicide and self-harm*. Surrey, Reino Unido. Recuperado de https://www.samaritans.org/sites/default/files/kcfinder/files/Samaritans%20Media%20Guidelines%20UK%20Apr17_Final%20web%281%29.pdf

Schmidtke, A., y Häfner, H. (1989). Public attitudes towards and effects of the mass media on suicidal and deliberate self-harm behavior. En R. F. W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, G. Sonneck (Eds.), *Suicide and Its Prevention: The Role of Attitude and Imitation*. (pp. 313-330). Leiden, Paises Bajos: E J Brill.

Schwartz-Lifshitz, M., Zalsman, G., Giner, L., y Oquendo, M. A. (2012). Can we really prevent suicide?. *Current Psychiatry Reports, 14*(6), 624-633.

Seale, C. (2010). How the mass media report social statistics: A case study concerning research on end-of-life decisions. *Social Science & Medicine, 71*(5), 861-868.

Sinyor, M., Schaffer, A., Heisel, M. J., Picard, A., Adamson, G., Cheung, C. P., ... y Sareen, J. (2018). Media guidelines for reporting on suicide: 2017 update of the Canadian Psychiatric Association policy paper. *The Canadian Journal of Psychiatry, 63*(3), 182-196.

Sisask, M., y Värnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *9*(1), 123-138.

Skehan, J., Greenhalgh, S., Hazell, T., y Pirkis, J. (2006). Reach, awareness and uptake of media guidelines for reporting suicide and mental illness: An Australian perspective. *International Journal of Mental Health Promotion*, *8*(4), 29-35.

Somerville, M. A. (1997). Euthanasia in the media: journalists' values, media ethics and "public square" messages. *Humane Health care International, 13*(1), 17-20.

Sonneck, G., Etzersdorfer, E., y Nagel-Kuess, S. (1994). Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science & Medicine*, *38*(3), 453-457.

Stack, S. (1987). Celebrities and suicide: A taxonomy and analysis, 1948-1983. *American Sociological Review*, 401-412.

Stack, S. (1990). Audience receptiveness, the media, and aged suicide, 1968–1980. *Journal of Aging Studies*, *4*(2), 195-209.

Stack, S. (1991). Social correlates of suicide by age: Media Impacts. En A. A. Leenaars (Ed.), *Life span perspectives of suicide: Time-Lines in the Suicide Process*. (pp. 187-213). Boston, Estados Unidos: Springer.

Stack, S. (1992). The effect of the media on suicide: The Great Depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 22*(2), 255-267.

Stack, S. (1996). The effect of the media on suicide: evidence from Japan, 1955–1985. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*(2), 132-142.

Stack, S. (2000a). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 957-971.

Stack, S. (2000b). Suicide: A 15-year review of the sociological literature part I: Cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 30*(2), 145-162.

Stack, S. (2002). Media coverage as a risk factor in suicide. *Injury Prevention, 8*(suppl 4), iv30-iv32.

Stack, S. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*(4), 238–240.

Stack, S. (2005). Suicide in the media: A quantitative review of studies based on nonfictional stories. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*(2), 121-133.

Steck, N., Egger, M., Maessen, M., Reisch, T., y Zwahlen, M. (2013). Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. *Medical Care, 51*(10), 938-944.

Sudak, H. S., y Sudak, D. M. (2005). The media and suicide. *Academic Psychiatry, 29*(5), 495-499.

Tatum, P. T., Canetto, S. S., y Slater, M. D. (2010). Suicide coverage in US newspapers following the publication of the media guidelines. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*(5), 524-534.

Thom, K., McKenna, B., Edwards, G., O'Brien, A., y Nakarada-Kordic, I. (2012). Reporting of suicide by the New Zealand media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 33*(4), 199–207.

Tor, P. C., Ng, B. Y., y Ang, Y. G. (2008). The media and suicide. *Ann Acad Med Singapore, 37*(9), 797-799.

Tousignant, M., Mishara, B. L., Caillaud, A., Fortin, V., y St-Laurent, D. (2005). The impact of media coverage of the suicide of a well-known Quebec reporter: the case of Gaetan Girouard. *Social Science & Medicine, 60*(9), 1919-1926.

Tully, J., y Elsaka, N. (2004). *Suicide and the media. A study of the media response to "Suicide and the media: The reporting and portrayal of suicide in the media".* Recuperado de

https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicideandthemedia-astudyofthemediaresponse.pdf

Van Heeringen, C. (2001). The suicidal process and related concepts. En C. Van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention* (pp. 1–15). Chichester, Reino Unido: Wiley.

Vigara Tauste, A. M. (2001). *Libro de estilo de ABC*. Grupo Planeta (GBS).

Wasserman, D. (2001). Strategy in Suicide Prevention. En D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An Unnecessary Death*. (pp. 211-216). Londres, Reino Unido: Martin Dunitz.

Wasserman, I. M. (1984). Imitation and suicide: A reexamination of the Werther effect. *American Sociological Review, 49(*3), 427-436.

WHO. World Health Organization. (2008). *Preventing suicide: a resource for media professionals.* Ginebra, Suiza.

WHO. World Health Organization. (2010). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. World Health Organization. Ginebra, Suiza.

WHO. World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization.

WHO. World Health Organization. (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017.* Ginebra, Suiza.

WHO. World Health Organization. (1 de febrero de 2019). *Suicide data.* 2019 WHO. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, *310*(20), 2191.

Yang, A. C., Tsai, S. J., Yang, C. H., Shia, B. C., Fuh, J. L., Wang, S. J., ... y Huang, N. E. (2013). Suicide and media reporting: a longitudinal and spatial analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(3), 427-435.

Yip, P. S., Fu, K. W., Yang, K. C., Ip, B. Y., Chan, C. L., Chen, E. Y., ... y Hawton, K. (2006). The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders, 93*(1-3), 245-252.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... y Purebl, G. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry, 3*(7), 646-659.

Evidencias. Actividades durante periodo de doctorado

Universidad Pablo de Olavide

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE, DE SEVILLA

Considerando que, conforme a la legislación vigente,

Don Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro

con D.N.I. nº 70582445E y de nacionalidad española,

ha superado con fecha 27 de julio de 2017, los estudios correspondientes al Título Propio
de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, con una asignación de 60 créditos ECTS, cuyo contenido se detalla al dorso,
expide el presente

TÍTULO DE MÁSTER PROPIO EN CONDUCTA SUICIDA

Dado en Sevilla, a 31 de julio de 2017

El interesado,

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.16 17:10:21 +01'00'

El Rector,

La funcionaria. Responsable de Gestión,

Título Propio establecido por la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla, al amparo del art. 34.1 de la Ley Orgánica 6/2001, de Universidades.
Inscrito al Libro 4, Folio 177, Número 17

Signe, S.A.

MÁSTER PROPIO
EN CONDUCTA SUICIDA

MODULO I: ASPECTOS GENERALES, EPIDEMIOLOGÍA Y PLANIFICACIÓN PREVENTIVA DE LA CONDUCTA SUICIDA. (5 créditos ECTS).
- Asignatura: Nomenclatura sobre conducta suicida.
- Asignatura: Suicidio: las muertes invisibles. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS.
- Asignatura: El suicidio a través de la historia y las culturas.
- Asignatura: Epidemiología de la conducta suicida. Suicidio y crisis económica.
- Asignatura: Programas y planes de prevención de la conducta suicida.

MODULO II: EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA. (3 créditos ECTS).
- Asignatura: Factores de riesgo de la conducta suicida.
- Asignatura: Escalas de evaluación de la conducta y riesgo suicidas.
- Asignatura: La entrevista clínica y el diagnóstico de la conducta y riesgo suicidas.

MODULO III: INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN CRISIS Y EMERGENCIAS. (4 créditos ECTS).
- Asignatura: Intervención telefónica en crisis suicidas.
- Asignatura: Intervención médica en crisis suicidas.
- Asignatura: Intervención psicológica en crisis suicidas.
- Asignatura: Intervención del cuerpo de bomberos en crisis suicidas.

MODULO IV: PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA POR ESPECIALIDADES SANITARIAS. (4 créditos ECTS).
- Asignatura: Avances en la investigación neurobiológica de la conducta suicida.
- Asignatura: Prevención e intervención médica de la conducta suicida.
- Asignatura: Prevención e intervención psicológica de la conducta suicida.
- Asignatura: Prevención e intervención enfermera de la conducta suicida.

MODULO V: PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA POR NIVELES DE ATENCIÓN. (4 créditos ECTS).
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en los servicios de urgencias hospitalarias.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en Atención Primaria.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en los centros de salud mental.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en las unidades de agudos de los hospitales generales.

MODULO VI: PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA POR GRUPOS DE RIESGO. (10 créditos ECTS).
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en la infancia y adolescencia.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en la tercera edad.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en personas con trastorno mental.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en personas con adicciones a sustancias.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida según el género.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en personas con enfermedades graves y sus cuidadores.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en población penitenciaria.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en el entorno laboral.
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en médicos.

MODULO VII: PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN SOCIOFAMILIAR DE LA CONDUCTA SUICIDA. (4 créditos ECTS).
- Asignatura: Prevención e intervención de la conducta suicida en familiares y allegados.
- Asignatura: Suicidio y estigma social.
- Asignatura: Suicidio y medios de comunicación.
- Asignatura: Suicidio e internet. El cibersuicidio.

MODULO VIII: ABORDAJE LEGAL Y FORENSE DE LA CONDUCTA SUICIDA. (3 créditos ECTS).
- Asignatura: Responsabilidad penal ante la conducta suicida.
- Asignatura: Responsabilidad profesional y patrimonial ante la conducta suicida.
- Asignatura: La autopsia psicológica.

MODULO IX: POSTVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA. (3 créditos ECTS).
- Asignatura: Postvención en supervivientes al intento suicida.
- Asignatura: Postvención en supervivientes al suicidio.
- Asignatura: El asociacionismo en la postvención de supervivientes al suicidio.

MODULO X: TRABAJO FIN DE MÁSTER. (20 créditos ECTS).

Total número de horas: 1.500 horas, según RD 1125/2003, de 5 de septiembre, que establece que dicha equivalencia es en función del número total de horas que comporta para el/la alumno/a la superación o realización de cada uno de los créditos ECTS de los que consta cada materia del plan de estudios.

CALIFICACIÓN: Notable(7,64)

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:18:22 +01'00'

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 6 de junio de 2017
Aceptado: 15 de septiembre de 2017
Publicado: 24 de octubre de 2017

NOTICIAS SOBRE SUICIDIO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. RECOMENDACIONES DE LA OMS.

Francisco Javier Acosta Artiles (1,2,3), Carlos Jesús Rodriguez Rodríguez-Caro (4), María Rosario Cejas Méndez (5)

(1) Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Gran Canaria, Canarias, España.

(2) Programa de Investigación en Salud Mental de Canarias. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Gran Canaria, Canarias, España.

(3) Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Instituto de Salud Carlos III.

(4) Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Fuerteventura. Fuerteventura, Canarias, España.

(5) Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife, Canarias, España.

RESUMEN

La exposición inadecuada en los medios de comunicación sobre suicidios puede producir un efecto contagio o *efecto Werther*, mientras que determinadas características adecuadas pueden tener un efecto protector o *efecto Papageno*. Por tanto, los medios de comunicación pueden contribuir a la prevención del suicidio. Por ello, la OMS ha elaborado tres documentos con una serie de recomendaciones dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio. Sin embargo, solo se ha traducido al español el primero, ambos tienen solapamientos y poseen una estructura diferente. Esto supone que los profesionales de los medios de comunicación de habla hispana en general, y de España en particular, difícilmente pueden tener un acceso a estas recomendaciones de la OMS de una forma clara y concisa. El objetivo de este trabajo fue la elaboración y provisión de un texto único y sintético que recogiera las recomendaciones de estos documentos. Para su creación se siguió un procedimiento formal y estructurado, que aunó criterios científicos y lingüísticos. El texto final contiene las recomendaciones agrupadas en tres categorías: "qué hacer", "qué no hacer" y "otras recomendaciones". Este documento puede ser de gran utilidad para los profesionales de los medios de comunicación, para actividades formativas de difusión de tales recomendaciones con finalidad preventiva y para la investigación.

Palabras clave: Suicidio/prevención & control. Factores de Riesgo. Medios de Comunicación de Masas. Conducta Imitativa. Guías como Asunto. Organización Mundial de la Salud. Efecto contagio. Efecto *Werther*. Efecto protector. Efecto *Papageno*.

ABSTRACT
Reporting on Suicide. WHO recommendations for the Media

Inappropriate reporting on suicide in the media may lead to a contagious effect or "Werther effect", while appropriate characteristics may have a protective effect or "Papageno effect". Therefore, the media can contribute to the prevention of suicide. For this reason, the WHO has developed three documents with recommendations for media professionals about how to report on suicide. However, only the first one has been translated into Spanish, they have overlaps and have a different structure. Therefore, Spanish-speaking media professionals in general, and Spanish ones in particular, can hardly have access to these WHO recommendations displayed in a clear and concise manner. The objective of this work was the elaboration and provision of a single and concise text that includes the recommendations of these documents. A formal and structured procedure was followed, combining scientific and linguistic criteria. The final text contains the recommendations grouped into three categories: "what to do", "what not to do" and "other recommendations". This document can be very useful for media professionals, for training activities to disseminate such recommendations for preventive purposes, and for research.

Keywords: Suicide/prevention & control. Risk Factors. Mass media. Imitative Behavior. Guidelines as Topic. World Health Organization. Contagion effect. Werther effect. Protective effect. Papageno effect.

Correspondencia:
Francisco Javier Acosta Artiles
Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales.
Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad. 3ª planta.
C/ Pérez del Toro (Plaza Dr. Juan Bosch Millares, 1)
35.004. Las Palmas de Gran Canaria.
facoart@gobiernodecanarias.org

Cita sugerida: Acosta Artiles FJ, Rodríguez Rodríguez-Caro CJ, Cejas Méndez MR. Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. Rev Esp Salud Pública 2017; 91: 24 de octubre e201710040.

INTRODUCCIÓN

En múltiples estudios se ha hallado que la exposición inadecuada de noticias sobre suicidios en los medios de comunicación puede producir un efecto contagio o *efecto Werther*[1,2,3,4,5]. En estas noticias se han identificado diversas características que se relacionan con un mayor riesgo suicida[6,7]. A la inversa, se ha hallado el efecto protector o *efecto Papageno*[7], que pueden tener los medios frente al suicidio[7,8,9,10,11,12], ya sea por la no aparición de determinadas noticias, la reducción de la cantidad de noticias y/o la mejora en la calidad de la información. Así, se ha hallado un efecto beneficioso en las noticias que exponen cómo prevenir el suicidio, que incluyen historias de personas que en situación de desbordamiento emocional e ideación suicida buscaron ayuda, acudieron a recursos comunitarios, o expresaron alivio por haber sobrevivido a un acto suicida[7] . Por lo tanto, la prevención del suicidio por parte de los medios de comunicación es posible[7] y puede ser una contribución importante[13].

Dado que los medios de comunicación pueden tener influencia en la conducta suicida de la población, y que esta puede ser tanto perjudicial como preventiva, el trabajo en la sensibilización de los medios de comunicación se manifiesta como una prioridad. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró una serie de recomendaciones dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio[14,15,16]. Además, en una reunión de la OMS en 2004 sobre las "Estrategias de prevención del suicidio en Europa" una de las recomendaciones, basada en una revisión sistemática, fue que los medios de comunicación debían participar y seguir las directrices propuestas por la OMS[17]. Por su parte, la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, recomienda "acciones, a nivel nacional o autonómico, encaminadas a promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y de otras similares que favorezcan un adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación"[18].

RECOMENDACIONES DE LA OMS

La OMS ha publicado tres documentos dirigidos a los profesionales de los medios de comunicación. El primero, del año 2000, titulado "Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación"[14], se elaboró como parte del proyecto SUPRE, la iniciativa mundial de la OMS para la prevención del suicidio. En cuanto a su estructura, incluye: introducción, impacto de los medios de comunicación al informar sobre el suicidio, fuentes de información fiables, recomendaciones sobre cómo informar sobre el suicidio en general, recomendaciones sobre cómo informar sobre un suicidio específico, suministro de información sobre ayuda disponible, resumen sobre qué hacer y qué no hacer y referencias bibliográficas. Llamativamente, en la sección final de resumen de las recomendaciones, se obvian varias de las establecidas previamente.

El segundo documento, publicado en el 2008, y titulado *"Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals"*[15], es más completo, tanto en contenido global, como en las recomendaciones específicas y en sus explicaciones. Este documento fue una revisión del documento previo, si bien no existe referencia alguna en él a que tal revisión invalide las recomendaciones establecidas en el documento inicial. En cuanto a su estructura, incluye: guía rápida para los profesionales de los medios, introducción, hallazgos científicos del efecto contagio, cobertura informativa responsable, fuentes de información fiable, otros tipos de medios de comunicación, anexo y referencias bibliográficas. Al contrario que en documento inicial, no se hace una clasificación de categorías diferenciadas (*qué hacer* y *qué no hacer*) y en la síntesis de recomendaciones sí se incluyen todas las aludidas en el texto desarrollado. Sin embargo, no existe versión traducida al español y tiene una extensión considerable.

El tercer documento, publicado en 2017, lleva por título "Preventing suicide: a resource for media professionals - update 2017"[16]. No existe referencia alguna en él a que la actualización invalide las recomendaciones establecidas en los documentos precedentes. En cuanto a su estructura, incluye: guía rápida (en la que se retoma la diferenciación entre "qué hacer" y "qué no hacer"), introducción, hallazgos científicos del efecto contagio y del efecto protector, cobertura informativa responsable, y fuentes de información fiable. Además, incluye cuatro anexos: el primero contiene recomendaciones más específicas para los medios de comunicación digitales; el segundo, recomendaciones sobre cómo tratar las noticias sobre tiroteos masivos y terrorismo; el tercero, un resumen sobre la literatura disponible sobre el impacto de los medios sobre la conducta suicida; el cuarto, "mitos y hechos" sobre el suicidio. En este documento se señala que está dirigido a profesionales de los medios de comunicación escritos (impresos o digitales) y retransmitidos; y que si bien la mayoría de las recomendaciones son relevantes para todos los medios, algunas tienen relación directa solo con los medios escritos impresos o digitales. Sin embargo, tampoco existe versión traducida al español y tiene una extensión considerable.

Por lo tanto, se dispone en la actualidad de tres documentos cuyas recomendaciones contienen solapamientos, y de los cuales solo del primero existe una versión traducida al español. Esto supone que los profesionales de los medios de comunicación de habla hispana en general, y de España en particular, difícilmente pueden tener un acceso a las recomendaciones de la OMS de una forma clara y concisa, en un área de gran importancia para la población, como es la prevención del suicidio. Por ello resulta una prioridad disponer de un documento único en español que aúne las recomendaciones de los tres documentos de la OMS. Este fue el objetivo de este trabajo.

RECOMENDACIONES DE LA OMS: UN DOCUMENTO UNIFICADO.

Para la creación del documento único se siguió un procedimiento estructurado en los siguientes pasos:

1. *Evaluación de los tres documentos.* La evaluación se realizó tanto en contenido como en estructura y particularidades. Sus características básicas y las diferencias entre ellos se han señalado previamente.

2. *Traducción de los documentos "Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals"*[15] *y "Preventing suicide: a resource for media professionals - update 2017"*[16]

3. Agrupación de las recomendaciones de los documentos.

4. Organización de las recomendaciones en dos grupos principales ("qué hacer" y "qué no hacer") y otro anexo ("otras recomendaciones").

Dado que cada una de las frases que componen las recomendaciones puede cambiar de categoría, de *qué no hacer* a *qué hacer*, o a la inversa, tras un cambio en su forma (de afirmativo a negativo, o a la inversa), resulta apropiado agrupar las recomendaciones de forma que todas sean homogéneas desde un punto de vista conceptual. Parece razonable establecer que las recomendaciones sobre lo que "no se debe hacer", deben referirse a aquello que puede resultar perjudicial en caso de hacerse, mientras que aquellas sobre lo que "se debe hacer" deben referirse a aquello que puede resultar beneficioso. Este fue el criterio seguido a la hora de adscribir las recomendaciones a una u otra categoría. Se consideró conveniente mantener el uso de estas categorías para diferenciar aquellos aspectos que contribuyen al efecto contagio de aquellos que contribuyen al efecto protector. Solo cuando se ofrecía una recomenda-

ción ligada a la recomendación de evitar su contrario, se mantuvieron ambas en la misma categoría, para mayor claridad (por ejemplo: "Refiérase al suicidio como un hecho, no como un logro").

La categoría "Otras recomendaciones" incluyó recomendaciones sin potencial perjudicial o beneficioso definido a priori (véase nº 1 en tabla 1); aquellas subjetivas, no evaluables a partir de una noticia, ni determinantes de que efectivamente se plasmen en las noticias con una mayor adecuación (véanse nºs 2 y 3 en tabla 1); o de aspectos muy subjetivos de los redactores de noticias (véanse nºs 5 y 6 en tabla 1).

5. Desglose, fusión, eliminación, adición de información y modificación lingüística de recomendaciones.

El desglose se realizó en aquellas recomendaciones que, aún englobadas en una única frase, tenían entidad propia como para considerarse por separado. Por ejemplo, la recomendación englobada en *Qué no hacer* "No glorificar ni sensacionalizar el suicidio" se desglosó en dos: "No trate el suicidio de forma sensacionalista" y "No glorifique a la persona que se ha suicidado". La fusión se realizó cuando las recomendaciones provenientes de los dos documentos tenían el mismo mensaje principal. Por ejemplo, las recomendaciones englobadas en *Qué no hacer* "Informar sobre detalles específicos del método utilizado" y "Evite la descripción explícita del método usado en el suicidio o intento de suicidio" se fusionaron en la recomendación única "Evite informar sobre detalles específicos o la descripción explícita del método usado en el suicidio o intento de suicidio". La eliminación resultó excepcional, y se aplicó a una única recomendación: "Describir las consecuencias físicas de intentos de suicidio (daño cerebral, parálisis, etc.) puede actuar como elemento de disuasión". Hubo varios motivos para su eliminación: a) podría considerarse sensacionalista, aspecto que se debe evitar, como se señala explícitamente en los documentos; b) esta recomendación figura solo en el documento inicial, pero desaparece en los dos documentos posteriores; c) se refiere exclusivamente a los intentos de suicidio, que son una minoría marcada en las noticias de esta naturaleza. La adición de información se realizó en dos de las recomendaciones, al estimarse que por sí solas resultaban ambiguas ("Sea prudente en el uso de fotografías o vídeos" y "Muestre la debida consideración por las personas que han perdido un ser querido"). Las modificaciones lingüísticas fueron necesarias en los siguientes casos: a) en cada uno de los procesos de desglose y fusión; b) para homogeneizarlas, con uso del imperativo en lugar del infinitivo, de forma acorde a las recomendaciones de la Real Academmia Española (RAE); c) para incluir en cada una de las recomendaciones de *Qué no hacer* la partícula de negación (evitando así la forma afirmativa, que puede dar lugar a confusión) o un verbo semántico acorde (por ejemplo: "Evite aportar información detallada sobre el lugar del suicidio o intento de suicidio"); d) por considerarse conveniente su adaptación para una mayor claridad. Las modificaciones lingüísticas por este último motivo ya se consideraron convenientes en la GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida[18], donde se muestran algunas de las recomendaciones clave en el área de acciones preventivas. De hecho, la traducción al español del documento inicial de la OMS fue realizada por una profesional de nacionalidad colombiana, con lo cual puede haber diferencias significativas en el español utilizado respecto al de España.

6. Documento final de Recomendaciones, que se muestra en la tabla 1.

Tabla 1
Recomendaciones de la OMS a los medios de comunicación para las noticias sobre suicidio

QUÉ NO HACER

1. No trate el suicidio de forma sensacionalista.
2. En el titular de la noticia evite el uso de la palabra "suicidio", así como la exposición del método o el lugar del suicidio.
3. Sea prudente en el uso de fotografías o vídeos. No publique fotografías ni vídeos de la víctima en estado mortal, del método empleado, de la escena del suicidio, ni fotos dramáticas (por ejemplo, fotos de personas en cornisas o similares, o de los instrumentos utilizados).
   Tampoco publique enlaces a redes sociales que los contengan.
4. No publique notas suicidas en ninguna de sus posibles modalidades (papel, mensajes de texto, mensajes en redes sociales o mensajes de correo electrónico).
5. Evite situar la noticia en un lugar destacado. Los datos relevantes deben figurar en páginas interiores.
6. Evite informar sobre detalles específicos o la descripción explícita del método usado en el suicidio o intento de suicidio.
7. Evite aportar información detallada sobre el lugar del suicidio o intento de suicidio.
8. No glorifique a la persona que se ha suicidado.
9. No presente el suicidio como algo normal.
10. No presente el suicidio como una solución a los problemas, ni como un modo de afrontarlos.
11. No presente el suicidio como consecuencia de razones simplistas.
12. No utilice estereotipos religiosos o culturales.
13. No exponga la conducta suicida como una respuesta comprensible ante los cambios sociales, culturales o la desvalorización.
14. No culpabilice.
15. Evite las repeticiones injustificadas de noticias sobre el suicidio.

QUÉ HACER

1. Refiérase al suicidio como un hecho, no como un logro.
2. Resalte las alternativas al suicidio, ya sea mediante información genérica o mediante historias de personas, que ilustren cómo afrontar las circunstancias adversas, las ideas de suicidio, y cómo pedir ayuda.
3. Proporcione información sobre recursos comunitarios y líneas de ayuda.
4. Aporte información sobre factores de riesgo y señales de alarma.
5. Transmita la frecuente asociación entre la depresión y la conducta suicida, y que la depresión es un trastorno tratable.
6. Ofrezca un mensaje de solidaridad a los sobrevivientes en momentos de profundo dolor, y proporcione números de teléfono de los grupos de apoyo para sobrevivientes, si los hay.
7. Aproveche la oportunidad para instruir a la población acerca de los hechos sobre el suicidio y su prevención, y no difunda los mitos sobre el suicidio.

OTRAS RECOMENDACIONES

1. Para las estadísticas deberán usarse fuentes auténticas y fiables e interpretarse cuidadosa y correctamente.
2. Tenga especial cautela cuando informe sobre suicidios de personas famosas.
3. Trabaje estrechamente con las autoridades de la salud en la presentación de los hechos.
4. Sea cuidadoso en los contenidos, también en situaciones de presiones por tiempo.
5. Muestre la debida consideración por las personas que han perdido un ser querido (por ejemplo, el realizar una entrevista a un familiar en duelo debe sopesarse cuidadosamente, ya que están en una situación de vulnerabilidad y tienen mayor riesgo suicida).
6. Sea consciente de que los propios profesionales de los medios de comunicación pueden verse afectados por las noticias sobre el suicidio.

CONSIDERACIONES FINALES

La mejora en las características de las noticias sobre suicidio en los medios de comunicación es una de las medidas generales para la prevención de la conducta suicida[18]. Sin embargo, hasta nuestro conocimiento, en España no se disponía aún de una traducción al español de las recomendaciones más recientes de la OMS[15,16], ni de un texto sencillo que aunara las recomendaciones de estos documentos. La disponibilidad de las recomendaciones en un texto unificado y de forma sintética puede ser una ayuda considerable para los profesionales de los medios de comunicación, y por ende, para la prevención del suicidio. Este trabajo tiene la fortaleza de haber utilizado un procedimiento estructurado que ha aunado los criterios científicos y lingüísticos para su creación. Además, tanto la traducción de los documentos "*Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals*"[15] y "*Preventing suicide: a resource for media professionals - update 2017*"[16], como todas las modificaciones lingüísticas del proceso de creación del texto final fueron realizadas por un psiquiatra y traductor e intérprete (FJAA), y conservan la semántica de cada una de las recomendaciones originales.

Por su parte, la disponibilidad de este documento puede resultar de utilidad para los profesionales sanitarios, ya que se puede utilizar con finalidad formativa, preventiva e investigadora. En cuanto a la formación y prevención, la GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida establece como recomendación la puesta en marcha de "acciones, a nivel nacional o autonómico, encaminadas a promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y de otras similares que favorezcan un adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación"[18]. En lo que respecta a la investigación, la relación de recomendaciones puede servir como instrumento para la evaluación de la calidad de las noticias sobre suicidio, ya sea en forma de lista de comprobación (*checklist*) o bien como una escala *ad hoc* con un sistema de puntuación asociado.

BIBLIOGRAFIA

1. Pirkis J, Blood R. Suicide and the Media: Part II: Portrayal in Fictional Media. Crisis 2001; 22(4):155-62.

2. Stack S. Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. Soc Sci Q 2000; 81(4):957-72.

3. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. J Epidemiol Community Health. 2003;57(4):238-40.

4. Stack S. Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. Suicide Life Threat Behav. 2005 Apr;35(2):121-33.

5. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2012;9(1):123-38.

6. O'Carroll PW, Potter LB. Suicide contagion and the reporting of suicide: recommendations from a national workshop. United States Department of Health and Human Services. MMWR Recomm Rep. 1994 Apr 22;43(RR-6):9-17.

7. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. Br J Psychiatry. 2010;197(3):234-43.

8. Motto JA. Newspaper influence on suicide: A controlled study. Arch Gen Psychiatry. 1970;23(2):143-8.

9. Etzersdorfer E, Sonneck G. Nagel-Kuess S. Newspaper reports and suicide. N Engl J Med. 1992;327(7):502-3.

10. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative suicide on the Viennese subway. Soc Sci Med. 1994;38(3):453-7.

11. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996. Arch Suicide Res. 1998;4(1):67-74.

12. Niederkrotenthaler T, Sonneck G. Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2007;41(5):419-28.

13. HM Goverment, Department of Health (HMG, DH). National Suicide Prevention Strategy for England. Disponible en: https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-strategy-for-england

14. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Ginebra; 2000.

15. World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Abuse. Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals. Ginebra; 2008.

16. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017. Geneva; 2017.

17. Kerkhof AJ. Suicide prevention discussed at the WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Crisis. 2005;26(2):51-2.

18. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSSSI). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. 2011. Disponible en: Versión completa: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf Recomendaciones: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_herram.pdf

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:19:27 +01'00'

Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma

Rafael Touriño[1]
Francisco J. Acosta[1,2,3]
Alba Giráldez[1]
Jorge Álvarez[1]
Jesús Mª González[4]
Cristina Abelleira[5]
Natalia Benítez[1]
Ernesto Baena[5]
Jaime A. Fernández[1]
Carlos J. Rodriguez[6]

[1] Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Gran Canaria, Canarias, España
[2] Programa de Investigación en Salud Mental de Canarias. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Programas Asistenciales. Gran Canaria, Canarias, España
[3] Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Instituto de Salud Carlos III
[4] Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Gran Canaria, Canarias, España
[5] Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Gran Canaria, Canarias, España
[6] Servicio de Psiquiatría. Hospital General de Fuerteventura. Fuerteventura, Canarias, España

Introducción. El autoestigma tiene efectos negativos en aspectos subjetivos y objetivos de la recuperación en las personas con trastornos mentales. A pesar de su importancia, ha sido poco estudiado en la esquizofrenia.

Metodología. Evaluamos el autoestigma en 71 pacientes diagnosticados de esquizofrenia, en Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria. Se evaluó su prevalencia y su posible asociación con variables sociodemográficas, clínicas generales, psicopatológicas y aspectos psicológicos, así como la conducta suicida e ideación suicida.

Resultados. El 21,1% de los pacientes presentaron autoestigma. El autoestigma se asoció a mayor prevalencia de ideación suicida en el último año, mayor número total de tentativas suicidas, mayor riesgo suicida actual, peor autocompasión, mayor autoestima y peores puntuaciones en depresión, mayor prevalencia de depresión y mayor desesperanza. En el análisis multivariante, la desesperanza y la existencia de depresión se asociaron de manera independiente con el autoestigma, si bien la depresión lo hizo con tendencia a la significación.

Conclusiones. La asociación entre autoestigma y mayor desesperanza, depresión y riesgo suicida sugiere la necesidad de evaluar sistemáticamente el autoestigma en los pacientes con esquizofrenia, e intervenir para su reducción.

Palabras clave: Autoestigma, Esquizofrenia, Desesperanza, Riesgo suicida, Suicidio, Rehabilitación psicosocial

Correspondencia:
Francisco Javier Acosta Artiles
Servicio de Salud Mental
Dirección General de Programas Asistenciales
Servicio Canario de la Salud
Consejería de Sanidad. 3ª planta
C/ Pérez del Toro (Plaza Dr. Juan Bosch Millares, 1)
35004 Las Palmas de Gran Canaria
Tel.: 928 302764. Fax: 928 302797
Correo electrónico: fjacostaartiles@hotmail.com

Actas Esp Psiquiatr 2018;46(2):33-41

Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma

Background. Internalized stigma has negative consequences on subjective and objective aspects of the recovery in people diagnosed with mental disorders. Despite its relevance, it has been poorly studied in patients with schizophrenia.

Methods. A sample of 71 outpatients with a diagnosis of schizophrenia who attended Psychosocial Rehabilitation Centers of Gran Canaria, Spain, were evaluated. We assessed the prevalence of internalized stigma and its possible association with sociodemographic, clinical, psychological and psychopathological variables, as well as suicidal behaviour and suicidal ideation.

Results. 21.1% of the patients had internalized stigma. Internalized stigma was associated with higher prevalence of suicidal ideation during the last year, higher number of suicide attempts, higher current suicidal risk, worse self-compassion, higher self-esteem, higher scores on depression, higher prevalence of depression and higher hopelessness. After multivariate analysis, hopelessness and the existence of depression were independently associated with internalized stigma, although depression showed trend towards significance.

Conclusions. The association between internalized stigma and higher hopelessness, depression and higher suicidal risk suggests the necessity to systematically assess internalized stigma in patients with schizophrenia, and to intervene to reduce it.

Keywords: Internalized stigma, Schizophrenia, Hopelessness, Suicidal risk, Suicide, Psychosocial rehabilitation

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido un interés creciente por el efecto del estigma en el bienestar de los pacientes con trastornos psiquiátricos. Además, se ha hallado que el autoestigma tiene efectos negativos en los componentes subjetivos y objetivos de la recuperación en las personas con trastornos mentales[1,2].

El estigma internalizado o autoestigma se refiere al grado en que los pacientes con un trastorno psiquiátrico aceptan e internalizan las creencias estigmatizantes de la sociedad[2,3], conllevando reacciones emocionales como menores autoestima y autoeficacia[1,3]. El proceso psicológico comienza con la toma de conciencia de los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental por parte de la sociedad y cultura que rodea al individuo. El autoestigma comienza cuando se produce la aceptación de estos estereotipos. Por último, el proceso se convierte en dañino cuando se produce la aceptación de estos estereotipos aplicados sobre uno mismo[1].

El estigma internalizado se ha hallado como un moderador entre el *insight* y la desmoralización, de forma que la asociación entre *insight* y desmoralización es más fuerte a medida que el autoestigma es mayor[4]. En la misma línea, otros autores han hallado al estigma internalizado como un mediador entre el *insight* y elementos de la desmoralización, como la desesperanza y la menor autoestima. Así, los pacientes con mayor *insight* y estigma moderado fueron los que presentaron peor desesperanza y autoestima, frente a aquellos con bajo *insight* y estigma leve y aquellos con alto *insight* y estigma mínimo[2]. Por su parte, también se ha hallado una asociación entre el estigma internalizado y peores niveles de bienestar[5]. Es más, la asociación entre el estigma y la desesperanza y menor autoestima condiciona unos peores resultados en la evolución, incluyendo los síntomas depresivos, evitación social y una preferencia por las estrategias de afrontamiento evitativas[6].

A pesar de la potencial importancia del autoestigma como mediador o moderador del efecto de la conciencia de enfermedad en diversos aspectos psicopatológicos, psicológicos y de evolución, los estudios en la literatura aún son escasos. Por otra parte, hasta nuestro conocimiento no existen estudios que evalúen específicamente la posible asociación entre estigma y conductas suicidas en la esquizofrenia. De hecho, no existe mención alguna a su rol en las revisiones sistemáticas realizadas sobre esquizofrenia y suicidio[7,8].

En este contexto, se ha diseñado este estudio con los siguientes objetivos:

1. Evaluar la prevalencia de autoestigma en pacientes diagnosticados de esquizofrenia que asisten a programas de rehabilitación psicosocial.
2. Evaluar la relación entre el autoestigma internalizado y variables sociodemográficas, clínicas, psicopatológicas, aspectos psicológicos y conductas suicidas en pacientes con esquizofrenia.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo constituida por 71 pacientes diagnosticados de esquizofrenia que acudieron consecutivamente a 8 Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial (CDRP) de Gran Canaria, entre marzo y julio del 2014. Los criterios de inclusión fueron el diagnóstico de esquizofrenia según criterios CIE-10 y la edad mayor de 18 años. Se excluyeron los pacientes con retraso mental o aquellos con déficit cognitivo o educativo tal que impidiera la comprensión necesaria para la administración de las escalas y recogida de datos necesarios. Los pacientes fueron evaluados por 6 psicólogos clínicos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil y respetó las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki. Tras su descripción a los pacientes, los participantes dieron su consentimiento informado por escrito.

Procedimiento

Todos los pacientes fueron evaluados en los CDRP, en régimen ambulatorio. Los CDRP participantes fueron los de Maspalomas, Vecindario, Telde, Teror, Gáldar, Pino, San Francisco I, San Francisco II, Casa del Mar. Estos CDRP admiten pacientes provenientes de 8 Unidades de Salud Mental Comunitarias que abarcan una población de referencia de 847.830 habitantes. Toda la información y administración de escalas se realizó en una única entrevista. Se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas generales, psicopatológicas (depresión, desesperanza, *insight*, síntomas psicóticos, negativos, cognitivos), aspectos psicológicos (autoestigma, autoestima, autocompasión), conductas suicidas previas e ideación suicida actual. Las variables sociodemográficas incluyeron la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, actividad laboral, nivel socioeconómico. Las clínicas generales incluyeron el tiempo de evolución, número de ingresos psiquiátricos previos, consumo de tóxicos actual y antecedentes, gravedad clínica y tipo de abordaje terapéutico.

El **autoestigma** se evaluó mediante la escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI)[9]. Es autoadministrada. Incluye subescalas que miden la alienación, asunción del estereotipo o autoestigma, discriminación percibida, aislamiento social y resistencia al estigma. Todas las

escalas se puntúan en una escala Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Utilizamos la traducción realizada por el Servicio Andaluz de Salud[10], que ha sido empleada en investigaciones en España. Establecimos un punto de corte en el punto intermedio del rango de puntuaciones para la existencia o no de autoestigma, tal como se ha realizado previamente[11]. Consideramos autoestigma la puntuación final mayor o igual a 2,5. La autoestima se evaluó mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg, en su versión validada en España[12,13]: Es una escala ampliamente utilizada, sencilla, autoadministrada. Su puntuación total oscila entre 10 y 40. A mayor puntuación, mayor autoestima. La autocompasión fue evaluada mediante la Escala de autocompasión[14] en su versión amplia (26 ítems) y validada en España[15]. Es autoadministrada, se compone de 26 ítems, cada uno de los cuales puntúa de 1 a 5. A mayor puntuación, mayor autocompasión. La escala mide los 3 componentes de la autocompasión utilizando 6 factores: bondad hacia uno mismo versus autojuicio, humanidad común versus aislamiento y atención versus sobreidentificación. La conciencia de enfermedad se evaluó mediante los primeros tres ítems de la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD)[16], en su versión española validada[17]. Es heteroadministrada; los 3 primeros ítems evalúan la conciencia general de enfermedad, y pueden utilizarse por separado del resto de la escala completa. Los autores no proporcionan puntos de corte. A mayor puntuación, menor conciencia de enfermedad[18]. La depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión de Calgary[19] en versión validada en España[20]. Heteroadministrada, consta de 9 ítems. Los puntos de corte recomendados por los autores son de 0 a 5 (no depresión) y de 6 a 27 (depresión)[18]. La desesperanza se evaluó mediante la Escala de Desesperanza de Beck[21]. Es autoadministrada y está constituida por 20 ítems. Su puntuación total oscila entre el 0 y el 20. A mayor puntuación, mayor desesperanza. Los puntos de corte recomendados son: de 0 a 3 (ninguna o mínima); de 4 a 8 (leve); de 9 a 14 (moderada); de 15 a 20 (grave)[18]. Para la evaluación de la psicopatología se utilizó la escala ICG para la esquizofrenia (ICG-SCH)[22], en su subescala de gravedad. Es heteroaplicada y evalúa 5 dimensiones: síntomas positivos, negativos, depresivos, cognitivos y global. Se puntúa mediante escala tipo Likert con 7 grados de libertad. Su puntuación oscila entre 5 y 35. Se evaluaron los antecedentes de intento de suicidio, definido como la "conducta autolesiva con un resultado no fatal, acompañado de evidencia (explícita o implícita) de que la persona tenía la intención de morir"[23]; de autolesión deliberada, definida como la "realización de actos intencionados dolorosos, destructivos o lesivos sobre sí mismo sin la intención de morir"; y de ideación suicida, definida como los pensamientos de servir como el agente de su propia muerte. El riesgo suicida actual fue evaluado mediante el ítem 8 de la escala de depresión de Calgary.

Análisis estadístico

En este estudio observacional analítico transversal, las variables cuantitativas cuya distribución resultó similar a la normal se describen por medio de la media aritmética ± la desviación típica. Las variables cuantitativas con una distribución alejada a la normal se describen con la mediana, el percentil 25 y el percentil 75. Se contrastó la hipótesis de normalidad mediante el test de Shapiro-Wilk. Las variables cualitativas se describen por medio de la frecuencia absoluta y porcentaje correspondiente presentado entre paréntesis.

Las comparaciones entre los pacientes con autoestigma y sin autoestigma en variables cualitativas se realizaron por medio de la prueba Ji cuadrado, o con el estadístico exacto de Fisher cuando no se cumplían condiciones para la primera, y el test de Ji cuadrado de tendencia lineal en variables ordinales. Para las comparaciones en variables cuantitativas y variables dicotómicas se empleó el t-test o la U de Mann Whitney, respectivamente, según se cumplieron o no los supuestos de normalidad.

El riesgo de autoestigma se analizó por medio de un modelo de regresión logística que incluyó todas aquellas variables que mostraron al menos diferencias marginalmente significativas en los análisis bivariados, así como las variables edad y tiempo de evolución, que se incluyeron forzosamente en el modelo.

El nivel de significación estadística se estableció para una $p<0,05$, y la tendencia a la significación para $p=0,05–0,1$. El programa estadístico utilizado ha sido R Core Team (2014), R: A language and environment for statistical computing, R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria. (URL, http://www.R-project.org/).

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 71 pacientes. La muestra tuvo una mayor proporción de hombres (80,28%), la media de edad fue de 40,07±9,85 años y el tiempo de evolución tuvo una mediana de 17 años. El 78,26% de los pacientes presentaban esquizofrenia paranoide. El 12,68% de los pacientes presentaba consumo perjudicial o dependencia actual de tóxicos (alcohol, cocaína, cannabis, heroína, nicotina u otras drogas). El 30,43% de los pacientes tuvieron tentativas suicidas y el 49,28% tuvo ideación suicida. Las características de la muestra total en todas las variables evaluadas se muestran en la tabla 1.

El 21,13% de los pacientes presentaban autoestigma. No se halló asociación del autoestigma con ninguna variable sociodemográfica ni clínica general. En relación con las conductas suicidas previas, los pacientes con autoestigma, presentaron una mayor prevalencia de ideación suicida en

Tabla 1 Características de la muestra total (n=71)

Variables sociodemográficas	
Edad	40,07±9,85
Sexo Hombre	57 (80,28)
Estado civil	
Casado o pareja estable	0 (0)
Soltero	62 (87,32)
Separado, viudo o divorciado	9 (12,68)
Nivel educativo (n=70)	
No sabe ni leer ni escribir	1 (1,43)
Estudios primarios	15 (21,43)
Bachiller elemental, EGB o ESO completa (Graduado escolar)	32 (45,71)
Bachiller superior, FP, Estudios universitarios	22 (31,43)
Situación laboral (n=70)	
Activo o baja laboral	1 (1,43)
En paro	17 (24,29)
Incapacidad por trastorno mental	52 (74,29)
Nivel socioeconómico (n=68)	
Bajo (Menos de 1000 €)	40 (58,82)
Medio (De 1000 – 2500 €)	21 (30,88)
Alto (más de 2500 €)	3 (4,41)
NS/NC	4 (5,88)
Variables clínicas generales	
Diagnóstico (n=69)	
Esquizofrenia paranoide	54 (78,26)
Otras Esquizofrenias	15 (21,74)
Tiempo de evolución (años) (n=67)	17 (11–24,5)
Número de ingresos psiquiátricos previos	1 (1–3)
Consumo actual de tóxicos	
No	62 (87,32)
Consumo perjudicial	5 (7,04)
Dependencia	4 (5,63)
Antecedentes de consumo de tóxicos	
No	27 (38,03)
Consumo perjudicial	27 (38,03)
Dependencia	17 (23,94)

Tabla 1 Continuación

Conductas suicidas previas	
Tentativas suicidas (n=69)	21 (30,43)
Número total de tentativas suicidas (n=65)	0 (0-0)
Número de tentativas suicidas en el último año (n=69)	0 (0-0)
Ideación suicida (n=69)	34 (49,28)
Ideación suicida en el último año (n=68)	11 (16,18)
Autolesión deliberada (n=68)	6 (8,82)
Número total de autolesiones deliberadas (n=68)	0 (0–0)
Número de autolesiones deliberadas en el último año (n=68)	0 (0–0)
Escala ISMI	
Puntuación total	58 (48–69,5)
Puntuación media	10,36±2,68
Alienación, media	2 (1,5–2,5)
Asunción de estereotipo o autoestigma, media	1,85 (1,42–2,14)
Discriminación percibida o experiencia de discriminación, media	2,2 (1,4–2,4)
Aislamiento social, media	1,99±0,64
Resistencia al estigma, media de la inversa	2,48±0,71
Escala de Autocompasión	19,26±3,35
Escala de Autoestima de Rosenberg	21,25±5,26
Escala de Desesperanza de Beck	6 (3–10)
Escala de Depresión de Calgary	3 (1–6,5)
Escala de Depresión de Calgary - Dicotómica: depresión	28 (39,44)
Suicidabilidad actual según Escala de Depresión de Calgary	13 (18,3)
Escala ICG-SCH. Subescala de gravedad	
Síntomas positivos	2 (2–4)
Síntomas negativos	3 (2–3)
Síntomas depresivos	2 (1–3)
Síntomas cognitivos	2 (2–3)
Gravedad global	3 (2–4)

Tabla 1	Continuación
Escala SUMD	
Total	4 (3–5)
Conciencia de poseer un trastorno	1 (1–2)
Conciencia sobre los efectos de la medicación	1 (1–1)
Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	1 (1–3)

Las variables cualitativas se resumen como frecuencia (porcentaje), mientas que las variables cuantitativas que se alejan significativamente de la normalidad se presentan como mediana (percentil 25-percentil 75) y las que no se alejan, como media±desviación típica. Los tóxicos están formados por alcohol, cocaína, cannabis, heroína y otras drogas.

el último año (p=0,007), así como un mayor número total de tentativas suicidas (p=0,03). Se obtuvieron resultados marginalmente significativos en relación con la prevalencia de tentativas suicidas (p=0,054) y autolesión deliberada (p=0,097). En cuanto a la Escala de Autocompasión, los pacientes con autoestigma presentaron valores inferiores en dicha escala (p<0,001). También se obtuvieron resultados significativos en todas las subescalas y subconstructos de esta escala, excepto en la subescala de Humanidad Común (p=0,14). En el resto de las escalas, los pacientes con autoestigma mostraron mayor puntuación en la escala de autoestima de Rosenberg (p<0,001), escala de desesperanza de Beck (p<0,001) y escala de depresión de Calgary (p=0,001). Posteriormente, se dicotomizó esta escala según el punto de corte recomendado, donde también se obtuvo un resultado significativo (p<0,001). Los pacientes con autoestigma, presentaron una mayor prevalencia de Suicidabilidad actual según Escala de Depresión de Calgary (p=0,004). (Tabla 2)

En el modelo resultante del análisis multivariante (Tabla 3), las variables predictoras que permanecieron asociadas de manera independiente fueron la escala de desesperanza de Beck (OR 1,46; IC95% [1,20–1,88]; p< 0,001) y la escala de depresión de Calgary dicotomizada (OR 4,76; IC95% [0,99–28,42]; p=0,06), si bien esta última de modo marginalmente significativo.

DISCUSIÓN

En este estudio hemos hallado una considerable prevalencia de autoestigma en personas con esquizofrenia (21,1%). Este hallazgo es similar al 26,1% de otro estudio de pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que en su mayoría acudían a centros de rehabilitación psicosocial[24]. La prevalencia en nuestro estudio es inferior al rango de prevalencia hallado en la literatura, entre el 26 y el 44%[24–28]. Una posible explicación es que nuestra muestra está compuesta íntegramente por pacientes que acuden a centros de día de rehabilitación psicosocial, en los cuales se realizan intervenciones de rehabilitación que pueden tener un efecto positivo sobre el autoestigma. De hecho, se ha hallado que las intervenciones orientadas a la recuperación y el empoderamiento disminuyen el autoestigma[29]. Por otra parte, en concordancia con otros estudios, los participantes tuvieron la puntuación más baja (menor autoestigma) en la subescala de "asunción de estereotipo"[9,24,25,29].

En cuanto a la relación del autoestigma con otras variables, no hallamos relación con las variables sociodemográficas, al igual que en la mayoría de estudios[27,28,30,31]. Los pacientes con autoestigma presentaron mayor prevalencia de ideación suicida en el último año, mayor número de tentativas suicidas previas, mayor depresión y desesperanza, menor autocompasión, mayor autoestima, y con tendencia a la significación, más antecedentes de tentativas suicidas y de autolesión deliberada. Tras el análisis multivariante, las variables predictoras fueron la desesperanza y la depresión. Según los puntos de corte establecidos para las escalas de depresión y desesperanza, los pacientes con autoestigma presentaron puntuaciones propias de existencia de depresión, y de desesperanza en grado moderado, frente a la no depresión y desesperanza leve de aquellos sin autoestigma. En otros estudios se ha hallado asociación entre autoestigma y riesgo suicida[32], entre autoestigma y antecedentes de tentativas suicidas[27,33], y entre autoestigma y depresión y menor autoestima[34]. Sin embargo, es un área aún muy poco estudiada, ya que apenas existen estudios que hayan evaluado la posible asociación entre autoestigma y conductas suicidas en la esquizofrenia[27]. Los niveles altos de autoestigma en personas con trastorno mental se asocian con desesperanza, menor calidad de vida e integración y apoyo sociales[30]. En un estudio ecológico sobre datos de 25 países de la Unión Europea, se halló una relación inversa entre la aceptación social de las personas con trastorno mental y las tasas de suicidio del país[35]. La asociación entre estigma y riesgo suicida podría explicarse por varias vías. El estigma puede favorecer las reacciones de retirada emocional, aislamiento social y desesperanza[36]. La desesperanza y la depresión son factores de riesgo suicida firmemente establecidos en la esquizofrenia[8] y el aislamiento social también se ha hallado como factor de riesgo[37]. Por su parte, el estigma, y especialmente el autoestigma, es una barrera para la búsqueda de ayuda para los problemas de salud mental[38], lo que puede aumentar el riesgo suicida[35]. Por último, se ha señalado que la conciencia de enfermedad puede tener tanto consecuencias positivas como negativas, y el autoestigma se ha hallado como una variable moderadora entre la conciencia de enfermedad y la desmoralización[2,4]. A la luz de nuestros hallazgos y los de la literatura, parece necesaria la identificación y abordaje del autoestigma para la reducción de las conductas suicidas en

Tabla 2 **Diferencias entre pacientes con y sin autoestigma**

	No Autoestigma (N=56)	Autoestigma (N=15)	p
Variables sociodemográficas			
Edad	39,8±10,17	41,07±8,82	0,66
Sexo Hombre	45 (80,4)	12 (80)	1
Estado Civil; Soltero	50 (89,3)	12 (80)	0,39
Nivel Educativo (n=70); Graduado Escolar	24 (43,64)	8 (53,33)	0,76
Situación Laboral (n=70); Incapacidad por Trastorno Mental	41 (73,21)	11 (78,57)	1
Nivel Socioeconómico (n=68); Bajo	31 (57,41)	9 (64,29)	0,61
Diagnóstico (n=69); Esquizofrenia Paranoide	42 (77,78)	12 (80)	1
Variables clínicas generales			
Tiempo de evolución (años) (n=67)	17 (11–25)	16,5 (11,3–23,3)	0,95
Número de ingresos psiquiátricos previos	1 (0,75–2)	2 (1–3)	0,18
Consumo actual de tóxicos			0,67
No	48 (77,42)	14 (22,58)	
Consumo perjudicial	5 (100)	0 (0)	
Dependencia	3 (75)	1 (25)	
Antecedentes de consumo de tóxicos			0,43
No	24 (88,89)	3 (11,11)	
Consumo perjudicial	18 (66,67)	9 (33,33)	
Dependencia	14 (82,35)	3 (17,65)	
Conductas suicidas previas			
Tentativas suicidas (n=69)	13 (24,1)	8 (53,3)	0,054
Número total de tentativas suicidas (n=65)	0 (0–0)	0 (0–1)	0,03
Número de tentativas suicidas en último año (n=69)	0 (0–0)	0 (0–0)	0,453
Ideación suicida (n=69)	25 (45,5)	9 (64,3)	0,244
Ideación suicida en último año (n=68)	5 (9,3)	6 (42,9)	0,007
Autolesión deliberada (n=68)	3 (5,6)	3 (21,4)	0,097
Número total de autolesiones deliberadas (n=68)	0 (0–0)	0 (0–0)	0,29
Número de autolesiones deliberadas en último año (n=68)	0 (0–0)	0 (0–0)	0,611
Escala ICG-SCH. Subescala de gravedad			
Síntomas positivos	2 (2–4)	3 (2–4,5)	0,55
Síntomas negativos	3 (2–3)	3 (2,5–3,5)	0,34
Síntomas depresivos	2 (1–2)	3 (1–3)	0,30
Síntomas cognitivos	2 (2–3)	2 (1–3)	0,16
Gravedad global	3 (2–4)	3 (2–4)	0,74

Tabla 2 **Continuación**

	No Autoestigma (N=56)	Autoestigma (N=15)	p
Escala SUMD			
Total	4 (3–5)	4 (3,5–4,5)	0,39
Conciencia de poseer un trastorno	1 (1–1,25)	2 (1–2,5)	0,09
Conciencia sobre los efectos de la medicación	1 (1–1,25)	1 (1–1)	0,66
Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	1 (1–3)	2 (1–2)	0,69
Otras Escalas de evaluación psicológica y psicopatológica			
Escala de Autocompasión	19,98±3,26	16,56±2,13	< 0,001
Subconstructo Auto-amabilidad	6,83±1,57	5,64±1,58	0,01
Subconstructo Humanidad común	6,48±1,11	5,63±1,03	0,01
Subconstructo Mindfulness	6,5±1,46	5,28±1,01	0,003
Escala de Autoestima de Rosenberg	20 (16,75–23)	27 (25–29)	< 0,001
Escala de Desesperanza de Beck	5 (2–7)	12 (10–14)	< 0,001
Escala de Depresión de Calgary	2 (0–5,25)	7 (5,5–9)	0,001
Escala de Depresión de Calgary – Dicotómica: depresión	16 (28,6)	12 (80)	< 0,001
Suicidabilidad actual según Escala de Depresión de Calgary	6 (10,7)	7 (46,7)	0,004

ICG-SCH: Escala ICG para la esquizofrenia; SUMD: *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder*

Tabla 3 **Modelo Multivariado (n=71)**

Variables Predictoras	B	Error Estándar	*p*	OR [IC 95%]
Escala de Depresión de Calgary; dicotómica	1,56	0,83	0,06	4,76 [0,99–28,42]
Escala de Desesperanza de Beck	0,38	0,11	< 0,001	1,46 [1,20–1,88]
Constante	-5,44	1,27	< 0,001	

La variable dependiente es "autoestigma"

esta población. Además de las intervenciones individuales, existen programas de intervención que disminuyen el autoestigma, fundamentalmente con enfoques psicoeducativos, narrativos y cognitivos[39,40].

Contrariamente a lo esperado, los pacientes con más autoestigma presentaron mayor autoestima. La mayoría de los estudios han hallado una correlación inversa entre el autoestigma y la autoestima[6,28,30,34]. Sin embargo, varios estudios previos han hallado esta asociación, y se ha hipotetizado que el ser estigmatizado puede favorecer un fenómeno de oposición a la evaluación negativa, con emergencia de una autopercepción positiva[41]. En esta línea, se ha señalado que los pacientes con trastornos mentales utilizan diferentes estrategias psicológicas para proteger su autoestima frente al estigma[42]. Además, se han relacionado las experiencias positivas en grupo, el humor y el trato con iguales estigmatizados, con un resultado beneficioso para la autoestima[42]. Estos últimos aspectos probablemente se producen durante las intervenciones en los centros de día de rehabilitación psicosocial. Por último, según el modelo propuesto sobre el proceso psicológico que conduce al autoestigma[1], solo cuan-

do se produce la aceptación y aplicación sobre uno mismo de los estereotipos negativos, sería esperable hallar menor autoestima, mientras que la mera aceptación de estos estereotipos no tendría por qué asociarse a menor autoestima[1].

En lo que conocemos, este el primer estudio que relaciona el autoestigma con la autocompasión en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. La autocompasión es una forma de relacionarse con uno mismo de forma amable y comprensiva, viendo los errores como parte de la condición humana y siendo conscientes de la situación que se está viviendo. Está relacionada con la autoestima, pero no se basa en juicios positivos o comparaciones con los demás[14]. Nuestros resultados indican que los pacientes con mayor autoestigma presentan una peor autocompasión en todas las subescalas y constructos, excepto la subescala de humanidad común. En un reciente estudio no se halló asociación entre autoestigma y autocompasión en pacientes con trastorno bipolar, si bien la muestra del estudio era pequeña[43]. Existen intervenciones que mejoran la autocompasión y los síntomas depresivos en pacientes con trastornos psicóticos[44,45]. La Terapia Focalizada en la Compasión[45] está dirigida a fortalecer la compasión en personas muy autocríticas y con elevados sentimientos de vergüenza, por lo que podría ser útil en individuos con alto autoestigma. Los sentimientos de vergüenza se han considerado como mediadores entre el *insight* y el autoestigma[46].

Este estudio tiene una serie de limitaciones y fortalezas. La muestra de pacientes correspondió exclusivamente a pacientes atendidos en Centros de Rehabilitación Psicosocial. Por ello, los resultados pueden no ser generalizables al conjunto de la población de pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, arroja luz sobre la presencia de autoestigma en esta subpoblación y las relaciones de esta con otras variables. Hasta la fecha son escasos los estudios en esta población en España. Por otra parte, al no tratarse de un estudio prospectivo, no se pueden establecer con firmeza las relaciones causales que se han hipotetizado entre las variables estudiadas, sino solo en función de su plausibilidad. Otra limitación es que el diagnóstico de los pacientes no se estableció mediante una entrevista psiquiátrica estructurada. Por último, el tamaño del grupo que presentó autoestigma según el punto de corte establecido resultó pequeño. Las fortalezas del estudio incluyen la evaluación amplia de un amplio rango de variables, que incluyen aspectos psicológicos habitualmente ignorados en la literatura, como el propio autoestigma, la autoestima y la autocompasión, u otras variables de importancia como la conducta suicida. Por su parte, se utilizaron múltiples escalas psicométricas de validez contrastada, si bien no pudimos utilizar la escala de autoestigma en su versión validada en España, recientemente publicada[24] ya que en el momento de la realización del estudio no existía tal validación.

Como conclusiones, una considerable proporción de las personas con esquizofrenia tienen autoestigma. En nuestro estudio, la asociación entre autoestigma y mayor desesperanza, depresión y riesgo suicida sugiere la necesidad de evaluar sistemáticamente el autoestigma en los pacientes con esquizofrenia, e intervenir para su reducción.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen conflicto de intereses que declarar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. J Soc Clin Psychol. 2006;25:875-84.
2. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. Schizophr Bull. 2007;33(1):192-9.
3. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. Schizophr Bull. 2007;33(6):1312-8.
4. Cavelti M, Kvrgic S, Beck EM, Rüsch N, Vauth R. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. Compr Psychiatry. 2012;53(5):468-79.
5. Norman RM, Windell D, Lynch J, Manchanda R. Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders. Schizophr Res. 2011;133(1-3):3-7.
6. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia-spectrum disorders. Psychiatr Serv. 2008;59:1437-42.
7. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. Psychopharmacol. 2010;24 Suppl 4:S81-90.
8. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. Acta Psychiatr Scand. 2014;130(6):418-26.
9. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res. 2003;121(1):31-49.
10. Grupo de trabajo sobre intervención temprana en psicosis del II PISMA. Instrumento de evaluación nº 11. Escala de autoestigma de la enfermedad. Internalized stigma of mental illness scale (ISMI). En: Servicio Andaluz de Salud. Detección e intervención temprana en las psicosis. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
11. Yanos PT, Roe D, West ML, Smith SM, Lysaker PH. Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial. Psychol Serv. 2012;9(3):248-58.
12. Atienza LF, Moreno Y. Balaguer I. Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. Revista de Psicología Universistas Tarraconensis. 2000;22(1-2):29-42.
13. Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. Apuntes de Psicología. 2004;2:247-55.

14. Neff KD. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. Self and Identity. 2003;2:223-50.
15. Garcia-Campayo J, Navarro-Gil M, Andrés E, Montero-Marin J, López-Artal L, Demarzo MM. Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). Health Qual Life Outcomes. 2014;12:4.
16. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry. 1993;150:873-9.
17. Ruiz AI, Pousa E, Duñó R, Crosas JM, Cuppa S, García-Ribera C. Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). Actas Esp Psiquiatr. 2008;36(2):111-9.
18. García -Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Sáiz Martínez PA, Parellada Redondo M, Bousoño García M, Bobes GarcíaJ. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 7ª ed. Majadahonda: Cyesan; 2015.
19. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: The Calgary Depression Scale. Br J Psychiatry. 1993;163 Supl 22:S39-44.
20. Sarró S, Dueñas RM, Ramírez N, Arranz B, Martínez R, Sánchez JM, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. Schizophr Res. 2004;68(2-3):349-56.
21. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol. 1974;42(6):861-5.
22. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. Suppl 2003;(416):16-23.
23. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry. 2003;160(Suppl. 11):1-60.
24. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2016, en prensa.
25. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, and GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. Schizophr Res. 2010; 122:232-8.
26. West ML, Yanos PD, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Prevalence of Internalized stigma among Persons with Severe Mental Illness. Stigma Res Action. 2011;1(1):3-10.
27. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. BMC Psychiatry. 2012;12:239.
28. Drapalsky AL, Lucksted A, Perrin PB, Aakre JM, Brown CH, DeForge BR, et al. Model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. Psychiatr Serv. 2013; 64(3):264-9.
29. Sibitz I, Provaznikova K, Lipp M, Lakeman R, Amering M. The impact of recovery-oriented day clinic treatment on internalized stigma: Preliminary report. Psychiatry Res. 2013; 209(3):326-32.
30. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med. 2010; 71(12):2150-61.
31. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E, Quiroga MA. Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. Psychiatry Res. 2011;186:402-8.
32. Sharaf AY, Ossman LH, Lachine OA. A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. Int J Nurs Stud. 2012;49(12):1512-20.
33. Yoo T, Kim SW, Kim SY, Lee JY, Kang HJ, Bae KY, et al. Relationship between Suicidality and Low Self-esteem in Patients with Schizophrenia. Clin Psychopharmacol Neurosci. 2015;13(3):296-301.
34. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry Res. 2004; 129(3):257-65.
35. Schomerus G, Evans-Lacko S, Rüsch N, Mojtabai R, Angermeyer MC, Thornicroft G. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. Epidemiol Psychiatr Sci. 2015;24(2):166-71.
36. Rüsch N, Corrigan PW, Powell K, Rajah A, Olschewski M, Wilkniss S, et al. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. Schizophr Res. 2009;110(1-3):65-71.
37. Trout DL. The role of social isolation in suicide. Suicide Life Threat Behav. 1980;10(1):10-23.
38. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med. 2015;45(1):11-27.
39. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literature. Psychiatr Serv. 2012; 63(10):974-81.
40. Yanos PT, Lucksted A, Drapalsky AL, Roe D, Lysaker PH. Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. Psychiatr Rehabil J. 2015;38(2):171-8.
41. Corrigan PW, Watson AC. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. Clinical Psychology: Science and Practice. 2002;9(1):35–53.
42. Ilic M, Reinecke J, Bohner G, Röttgers HO, Beblo T, Driessen M, et al. Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. Int J Soc Psychiatry. 2012;58(3):246-57.
43. Dossing M, Nilsson KK, Svejstrup SR, Sorensen VV, Straarup KN, Hansen TB. Low self-compassion in patients with bipolar disorder. Compr Psychiatry. 2015;60:53-8.
44. Johnson DP, Penn DL, Fredrikson BL, Meyer PS, Kring AM, Brantley MB. Loving-kindness meditation to enhance recovery from negative symptoms of schizophrenia. J Clin Psychol. 2009; 65:499-509.
45. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P . Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. Br J Clin Psychol. 2013; 52:199-214.
46. Hasson-Ohayon I, Ehrlich-Ben Or S, Vahab K, Amiaz R, Weiser M, Roe D. Insight into mental illness and self-stigma: the mediating role of shame proneness. Psychiatry Res. 2012;390:802-6.

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:20:28 +01'00'

JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOPHARMACOLOGY
Volume 26, Number 10, 2016
© Mary Ann Liebert, Inc.
Pp. 864–872
DOI: 10.1089/cap.2016.0030

Original Articles

Medication Adherence Among Adolescents with Bipolar Disorder

Tina R. Goldstein, PhD,[1] Megan Krantz, BA,[1] John Merranko, MA,[1] Matthew Garcia, BA,[1] Loren Sobel, MD,[1] Carlos Rodriguez, MD,[2] Antoine Douaihy, MD,[1] David Axelson, MD,[3] and Boris Birmaher, MD[1]

Downloaded by University Of Melbourne from online.liebertpub.com at 10/31/17. For personal use only.

Abstract

Objective: To examine medication adherence and associated factors among adolescents with bipolar disorder (BP) using both objective and subjective methods.

Method: Participants were 21 adolescents with a primary BP diagnosis recruited from a pediatric specialty clinic. All participants were prescribed at least one psychotropic medication. Self- and parent-reported adherence were assessed monthly over 6 months. Objective data on medication adherence were gathered through an electronic weekly pillbox. Demographic and clinical factors were assessed through self, parent, and physician ratings at baseline, 3, and 6 months.

Results: Objective data indicate 41.5% of doses (58.6% of days) were not taken as prescribed over a mean of 3 months of follow-up. Subjective reports (patient, parent, and physician) significantly overestimated adherence as compared with objective data. Factors from multiple domains were associated with poorer adherence, including more daily doses, higher weight, dose timing (poorer on mornings/afternoons and weekends), less temporal proximity to medication management appointment, greater self-reported cognitive difficulties with adhering to treatment; the most potent predictor of missed doses was greater overall illness severity.

Conclusions: Findings provide further evidence of poor medication adherence among youth with BP, and highlight the limits of subjective report of adherence. Providers should give careful attention to adherence when making decisions regarding treatment response and changes to medication regimen when working with youth with BP.

Keywords: bipolar disorder, adolescent, medication adherence

Introduction

Bipolar disorder (BP) affects 2% of youth worldwide (Van Meter et al. 2011) and is characterized by high rates of comorbidity, suicidality, and psychosocial impairment (Birmaher et al. 2009; Goldstein et al. 2010, 2012). Treatment of youth with BP in clinical practice commonly includes mood stabilizing and antipsychotic medications (for a review, see Liu et al. 2011); due to the complexity of the disorder and high rates of comorbidity, pharmacotherapy for pediatric BP commonly involves multiple medications (Bhowmik et al. 2013). Yet, the majority of adolescents with BP continue to experience impairing symptoms and recurrences even when prescribed recommended pharmacotherapy (Geller et al. 2010; Pavuluri et al. 2010).

One reason why youth with BP continue to be symptomatic despite adequate treatment may be poor medication adherence, defined as ''the extent to which a person's behavior corresponds with agreed recommendations from a healthcare provider'' (World Health Organization 2003). Difficulties with adherence can present in a variety of ways. The literature on poor adherence most commonly focuses on missed doses, but may also include other behaviors that deviate from provider recommendations, including incorrect timing of doses and incorrect dosing. Due to the complexity of the phenomenon, experts in the field came to consensus on the following definition of poor adherence: less than 80% of prescribed medication taken or gaps in medication of at least 7 days (Velligan et al. 2009b). Among adult psychiatric populations, individuals with BP rank among the least treatment adherent, with a mean nonadherence rate of 60% (Cramer and Rosenheck 1998).

Few studies have examined rates of medication adherence among youth with BP. Generally, research indicates that adolescents are especially vulnerable to poor adherence with psychotropic medications—even more so than younger children and adults (Hack and Chow 2001). It is, therefore, not surprising that the limited extant data indicate medication adherence among adolescents with BP is particularly problematic. One study of child and adolescent psychiatric inpatients found the most potent predictor of nonadherence after discharge was a mood disorder diagnosis

[1]Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, Pennsylvania.
[2]Hospital of Fuerteventura, Canary Health Service, Canary Islands, Spain.
[3]Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio.

Downloaded by University Of Melbourne from online.liebertpub.com at 10/31/17. For personal use only.

(Yazdi et al. 2008). The few published studies indicate rates of nonadherence among adolescent outpatients with BP from 66% in the prior month through parent report (Coletti et al. 2005), to 44% for antipsychotics, and 47% for mood stabilizers in the prior year through self and clinician report (Patel et al. 2005). DelBello et al. (2007) documented that 65% of adolescents with BP were nonadherent over 1 year posthospitalization for an acute mood episode through self and parent report.

Each of the prior studies are limited by reliance on self, parent, and/or physician report of adherence; such subjective methods are known to overestimate adherence as compared with more objective methods (e.g., medication monitoring devices, pill count, serum levels; Shi et al. 2010). Indeed, studies in adults with BP indicate that self-report data reliably overestimate adherence as compared with objective data from pharmacy claims (Stephenson et al. 2012), serum concentrations (Jonsdottir et al. 2010), and medication event monitoring systems (MEMS; Badiee et al. 2012). Clinician report failed to identify nearly 50% of adult outpatients classified as nonadherent with antipsychotics through MEMS (Byerly et al. 2005). The only study of youth with BP that employed both subjective and objective methods of adherence showed that both self-report and pill count overestimated adherence compared with serum lithium concentrations (Drotar et al. 2007). As such, the NIMH expert panel on treatment adherence research recommends use of multiple methods to assess medication adherence (Velligan et al. 2009a).

The consequences of poor medication adherence for adolescents with BP are dire. Providers' assessments of treatment response and decisions regarding dosing/regimen changes are predicated on accurate information regarding adherence. Nonadherent youth with BP exhibit higher rates of relapse and longer time to recovery (Gearing and Mian 2005; Gearing et al. 2009), and more frequent and longer hospitalizations (Scott and Pope 2002). Healthcare costs for one nonadherent adult with BP are equal to that of 13 adherent adults (Durrenberger et al. 1999). Other poor outcomes associated with inadequately treated BP in youth include psychosocial impairment, substance abuse (Birmaher et al. 2006), and suicide (Muller-Oerlinghausen et al. 1996). Given that medication adherence is a potentially modifiable behavior (Kane 1985), such negative outcomes may be prevented if better understood and more effectively targeted in treatment.

A substantive body of work indicates that multiple factors affect medication adherence in adults with BP, converging in four domains (Jamison et al. 1979; Velligan et al. 2009b): (1) Illness-specific factors (e.g., symptomatology); (2) Patient factors (e.g., interpersonal conflict); (3) Treatment factors (e.g., dosing schedule); and (4) Treatment provider factors (e.g., collaboration with treatment team). Research indicates that developmental factors represent an additional domain affecting medication nonadherence among adolescents with chronic health conditions. For example, drives for peer acceptance, low acceptability of cosmetic side effects, and incomplete development of reasoning capabilities have potent associations with adherence to medication regimens during adolescence (Shaw 2001; Pogge et al. 2005). The few studies to explore factors associated with medication adherence among youth with BP found that poorer adherence was associated with male sex, poorer family functioning (Drotar et al. 2007), and greater time since diagnosis (Coletti et al. 2005).

We assessed rates of medication adherence through objective and subjective methods among adolescents diagnosed with BP, and examined factors from multiple domains associated with adherence. We hypothesized: (1) objective methods of measuring adherence would indicate lower rates of adherence than subjective methods; and (2) factors from multiple domains would be associated with adherence, specifically illness factors (symptom severity, psychiatric comorbidity), patient factors (male sex, lower SES, family conflict), treatment factors (side effects, regimen complexity), provider factors (distrust of provider), and developmental factors (older age, higher pubertal status).

Methods

Participants

We recruited participants from the Child and Adolescent Bipolar Spectrum Services (CABS) clinic at Western Psychiatric Institute and Clinic at the University of Pittsburgh for a 6-month naturalistic study examining factors associated with medication adherence. Potentially eligible participants were approached by members of their treatment team regarding their interest in the study. Interested youth were referred to the study coordinator.

Inclusion criteria. Eligible adolescents met the following criteria: (1) age 12 years 0 months to 22 years 11 months; (2) DSM-4 diagnosis of bipolar I, II, or not otherwise specified (NOS; see Diagnostic Evaluation) through semistructured interview; (3) prescribed at least one psychotropic medication for BP; (4) no evidence of mental retardation or autism spectrum disorder.

Procedures

The study was approved by the Institutional Review Board at the University of Pittsburgh. Study staff explained all procedures to interested adolescents and parents (for participants <18), and obtained written informed consent before the initiation of study procedures. Participation involved an initial diagnostic evaluation; assessments of adherence and related factors were conducted at intake, 3-, and 6-month time points. Participants used an electronic pillbox (see below) daily to yield objective data on medication adherence.

Diagnostic evaluation. Master's level staff were trained to conduct the diagnostic evaluation. Current and past Axis I disorders were assessed at intake through interview with the adolescent; an interview was also conducted with the parent (for youth <18). Those over 18 were given the option of having a parent participate (of 10 youth >18 at intake, four had a parent participate). Evaluators assessed for non-mood psychiatric disorders using the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL; Chambers et al. 1985), mood symptoms using the mood disorder sections of the K-SADS-P (Present episode, fourth revision; Chambers et al. 1985), plus items from the K-SADS Mania Rating Scale (KMRS; Axelson et al. 2003) to gather more detailed information on affective symptoms.

A study-affiliated child psychiatrist then interviewed the adolescent and parent, and conferred with the evaluator on the adolescent's final diagnoses. We utilized DSM-4 criteria for the diagnoses of BPI and II, and operationalized research criteria for BP NOS (Axelson et al. 2006). Inter-rater reliability (ICC) for the presence/absence of K-SADS-PL Axis I disorders was good (kappa ≥0.80).

Pharmacotherapy. All study participants were engaged in pharmacotherapy with a study-affiliated child psychiatrist. Pharmacotherapy consisted of an initial assessment followed by weekly to biweekly visits for the first month of treatment. Assuming adequate treatment response, visits were scheduled monthly thereafter. Treating psychiatrists managed participants' medications according to flexible but standardized best-practice algorithms based on the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry treatment guidelines for the management of pediatric BP (Kowatch et al. 2005).

Downloaded by University Of Melbourne from online.liebertpub.com at 10/31/17. For personal use only.

Medication adherence

Self/parent/physician report. Adolescents, parents, and prescribing physicians rated the frequency of missed doses of prescribed psychotropic medications over the prior 2 weeks at each medication management session using the following one to five rating scale: (1) almost never missed (<10% of the time); (2) occasionally missed (10%–25% of the time); (3) often missed (25%–50% of the time); (4) missed most of the time (50%–80% of the time); (5) almost always missed (>80% of the time). Physicians' reports were based on conversations with parents and adolescents at scheduled medication management sessions, as well as any between-session communications.

Objective report: the MedTracker. Upon study entry, each participant was provided a MedTracker (Hayes et al. 2006), an electronic pillbox for objectively monitoring medication adherence. The MedTracker appears similar to a weekly pillbox available at pharmacies with a separate compartment labeled for each day of the week. The MedTracker records the time the user opens and closes a compartment door through a plunger depressed by the lid upon opening that contacts a switch under the box upon closure. The switch sends a signal to the microcontroller that timestamps the data. Bluetooth wireless connectivity sends data from the MedTracker to an electronic data file.

The MedTracker yields data on the date and time the pillbox was loaded for the week, specific door openings (representing pill-taking events), and time of each door-opening event. The Medtracker can, therefore, accommodate any individualized dosing schedule, as well as changes in dosing. Specifically, each Medtracker door-opening event is subjected to that individual's dosing schedule on that day to classify the event (i.e., as adherent, wrong-time, wrong-day, dose omission; see below). Because the data storage capacity of the MedTracker is limited to a maximum number of door-opening events, participants were scheduled to return the MedTracker for data retrieval throughout the 3-month usage period based on their dosing schedule (e.g., once daily dosing 30 days).

Prior studies in controlled environments indicate that the device is reliable and easy to use. We selected this technology due to its mobility, automatic data collection, and the 7-day pillbox interface. Participants were given instructions on MedTracker loading and use, and instructed to call study staff with questions or concerns. In addition, participants were asked to record any extenuating circumstances surrounding MedTracker use and/or adherence (e.g., aberrations, difficulties with the device, travel, reasons for missed doses) on a log that they returned to study staff with their MedTracker.

Operationalized definitions of adherence through MedTracker. Primarily, study staff extracted prescribed medications and dosing schedules for the period of study participation (including all medication and dosing changes) from the participant's electronic medical record to accurately operationalize each participant's MedTracker data. Since no studies had previously analyzed MedTracker data like those yielded from this naturalistic study, few guidelines were available to inform operationalization of study variables. We, therefore, referred to studies utilizing MEMS (Acosta et al. 2013), as follows.

An *adherent medication dose* was characterized by MedTracker data indicating: the correct MedTracker door (e.g., the MedTracker door labeled ''Monday'' was opened on a date that was a Monday) was opened within the correct dosing timeframe prescribed, operationalized as follows: morning (2:00–11:59 am); afternoon (12:00–4:59 pm); evening (5:00–1:59 am) (e.g., a participant prescribed a morning dose, opened the MedTracker door at 8:14am). A *wrong-time dose* was defined as a correct MedTracker door opening outside of the correct dosing timeframe. A *wrong-day dose* was defined as an incorrect MedTracker door opening, regardless of dosing timeframe. A *dose omission* was defined as the absence of the correct MedTracker door opening during the timeframe for a prescribed dose.

In the process of cleaning the MedTracker data, we cross-referenced all pillbox data with the participant's written log. All gaps in pillbox dosing data were reviewed by study staff (the first author, study coordinator, and data manager) and compared with the participant's log to determine whether gaps were best characterized as dose omissions (e.g., did not refill prescription in time and therefore missed 2 doses) versus missing data (e.g., did not take the pillbox on vacation for the weekend, but took their pill bottle instead). In the event that there was no log entry for a gap in pillbox use, doses in question were considered dose omissions.

Assessment of factors associated with adherence. Participants and their parents met with a master's level evaluator at intake, 3, and 6 months to complete a clinical interview and self and parent report measures of the following factors:

(1) Illness-specific factors. The evaluator provided a global measure of the adolescent's clinical status over the past two weeks using the Clinical Global Impressions Scale for BP (CGI-BP; Spearing et al. 1997). The evaluator also administered the semistructured K-SADS depression rating scale (DRS) and MRS at each assessment to adolescents and parents separately. Summary ratings incorporate all available information, and reflect the worst week in the month preceding evaluation. ICC between the first author and the evaluator for K-SADS mood items was good (DRS ICC = 0.84; MRS ICC = 0.96).

We monitored the course of affective symptoms over follow-up using the Adolescent Longitudinal Follow-Up Evaluation (ALIFE) semistructured interview (Keller et al. 1987). The ALIFE yields weekly psychiatric status ratings (PSR) on a one to six severity scale (1 = no symptoms, 2–4 = subthreshold symptoms, 5–6 = full threshold DSM-4 criteria) for depression and hypo/mania. We operationalized ALIFE PSR data as follows: depression-free weeks were those for which ALIFE depression PSR ≤2; hypo/mania-free weeks were those for which ALIFE hypo/mania ≤2; and weeks euthymic were those for which both ALIFE depression and hypo/mania PSR ≤2. ICC between the first author and the evaluator for ALIFE PSR ratings of depressive and hypo/manic episodes was ≥0.80.

(2) Patient factors. Socioeconomic status was ascertained using the Hollingshead four-factor criteria (Hollingshead 1975). Race was assessed through a standardized demographic form at intake. Weight and height were assessed by the clinician at each visit using a scale and stadiometer. Family environment was assessed using the Family Adaptability and Cohesion Scale-II (FACES-II; Olsen et al. 1985) and the conflict behavior questionnaire (CBQ; Robin and Foster 1995).

Adolescents completed the self-report illness management survey (IMS; Logan et al. 2003), a measure of barriers to adherence among youth with chronic illness. The measure includes 27 items rated on a 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree) scale, and yields a total score and scores of

Downloaded by University Of Melbourne from online.liebertpub.com at 10/31/17. For personal use only.

barriers to adherence in four domains: Negativity, Cognitive Difficulties, Social Influence, and Denial (Rhee et al. 2009). Prior studies support the reliability and validity of the measure in assessing youths' barriers to medication adherence in chronic illness. The Denial domain that assesses the adolescent's desire to deny the presence of illness was examined under patient factors (e.g., ''Nothing bad would happen to me if I didn't follow my regimen'').

(3) Treatment factors. Evaluators assessed medication type and dosage for all psychotropic drugs prescribed, noting dates of changes. These data were cross-referenced with electronic medical record progress notes to verify dates and dosing. Medication data were operationalized as number of different psychotropic medications prescribed per day, number of total doses of psychotropic medications prescribed per day, and timing of dosing (morning, afternoon, evening; see above). Percentage of scheduled medication management sessions attended during study participation was extracted from the electronic medical record.

(4) Treatment provider factors. We measured the patient–provider relationship through the Negativity domain of the IMS that assesses the adolescent's relationship with treatment providers, for example, ''I don't always trust the doctors and nurses.''

(5) Developmental factors. Pubertal status was assessed through the Self-Rating Scale for Pubertal Development (Peterson et al. 1988). The Cognitive Difficulties domain of the IMS assessed cognitive capacities (''It's hard for me to stay organized enough to keep track of my medications or other things related to my illness''), and the Social Influence subscale of the IMS yielded ratings of peer and family influence on medication beliefs and behaviors (''I don't want my friends to know about my illness'').

Data analysis

To compare the objective MedTracker data on adherence with the subjective reports, Spearman correlation coefficients were computed between each subjective rating (as measured on five percentage intervals) and corresponding MedTracker-measured percent of doses adherent. Because the subjective reports were only collected at participants' scheduled medication management sessions and reflected retrospective report over 2 weeks' time, medication adherence was modeled using only the MedTracker data, which were repeatedly measured every time a participant was due to take a dose.

To identify factors associated with medication adherence, we performed binary logistic regression in which each recorded MedTracker dose over follow-up was categorized dichotomously (adherent vs. nonadherent). Autocorrelation and partial autocorrelation functions were computed to assess the level and nature of autocorrelation between the many within-subject repeated observations. Results indicated that the covariance pattern of these data was expectedly autoregressive, so an ante-dependent covariance pattern was fitted in all logistic models to account for the autoregressive covariance pattern while also allowing for unequal time spacing between MedTracker observations and nonconstant correlation structure, since correlation structure between sequential doses depends on factors such as time of day (Kenward 1987).

Variables theorized to confound the effects of predictor variables on outcome were first univariately analyzed and entered in all subsequent models as covariates (all significant with $p < 0.02$); these variables included days of MedTracker use, days until next clinical assessment, weekday versus weekend, timing of doses (morning, afternoon, evening; not all subjects had doses prescribed in each time period), number of prescribed doses per day, and number of medications prescribed per day. Because the relationships between adherence and days of MedTracker use, and days until next clinical assessment were quadratic, both were fit quadratically, and in both cases the linear and quadratic coefficient estimates were significant (all $p < 0.005$). Both ''number of days'' measures were collinear by definition; we included number of days until next clinical assessment as a covariate in subsequent models because it was the stronger predictor of adherence. Likewise, number of doses prescribed per day and number of medications prescribed per day were highly collinear ($r_s = 0.87$), so subsequent models controlled for the stronger predictor—number of doses prescribed per day.

Post hoc statistical power to detect odds ratios (OR) of 1.3 or greater was more than 90% for controlled models regressed on continuous, count, categorical, or ordinal predictor variables (accounting for covariates described above using methods described in Shieh 2005, performed using SAS 9.4). Effect sizes reported by OR reflect unitary change of one standard deviation for continuous variables and are parameterized to reflect the odds of nonadherence.

Results

Demographics/patient illness characteristics

Demographic and clinical characteristics of the sample are presented in Table 1. In brief, the sample includes 21 adolescents (43% males) with an average age of 17.2 (SD = 3.1, Range 12–22). Subjects were, on average, middle class (mean SES = 3.3, SD = 1.2). Thirty-three percent of the sample ($n = 7$) met criteria for BPI, 33% ($n = 7$) BPII, and 33% ($n = 7$) BP NOS. The average age of onset of manic/hypomanic symptoms was 11.9 (SD = 4.1). On average, subjects met criteria for 1.5 (SD = 1.1) current Axis

Table 1. Demographic and Clinical Variables ($N = 21$)

Variable	
Age ($M \pm SD$)	17.2 ± 3.1
Sex (%male)	9 (43%)
Race	
Caucasian	14 (66.7%)
African American	5 (23.8%)
More than 1 race	2 (9.5%)
Socioeconomic status[a] ($M \pm SD$)	3.3 ± 1.2
Living situation (% with both parents)	6 (29%)
Bipolar Subtype[b]	
Bipolar I	7 (33%)
Bipolar II	7 (33%)
Bipolar NOS	7 (33%)
Age of first onset manic/hypomanic symptoms ($M \pm SD$)	11.9 ± 4.1
Mean number of current axis I diagnoses[b,c]	1.5 ± 1.1
Current comorbid axis I diagnoses[c]	
Behavioral disorder	10 (48%)
Anxiety disorder	8 (38%)

[a]Hollingshead.
[b]Assessed through the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children present and the lifetime version K-SADS-PL, K-SADS-P depression section, and K-SADS mania rating scale.
[c]Assessed through the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children present and the lifetime version K-SADS-PL.
NOS, not otherwise specified.

I diagnoses through K-SADS, and 18 (85.7%) had at least one comorbid diagnosis.

Medication information

On average, youth were prescribed 2.7 (SD = 1.6, Range 1–6) psychotropic medications at study intake from five classes (Table 2); 16 (76.2%) were prescribed >1 medication. Over the 6-month study period, 33.3% of participants experienced at least one medication change (i.e., discontinued a medication or prescribed a new medication), and 61.9% experienced at least one dosing change (dose, time of day, number of doses).

Medication adherence

Self/parent/physician report. Participants, parents, and physicians completed adherence ratings at each medication management session over follow-up (mean number of completed self-reports = 4.7, parent reports = 4.3, physician reports = 4.3) using a one to five rating scale [(1) almost never missed (<10% of the time); (2) occasionally missed (10%–25% of the time); (3) often missed (25%–50% of the time); (4) missed most of the time (50%–80% of the time); and (5) almost always missed (>80% of the time)]. Fourteen percent of participants ($n = 3$), 24% of parents ($n = 5$), and 48% of physicians ($n = 10$) rated the participant's nonadherence as ''3'' (often) or greater (i.e., >25% of the prior 2 weeks) at any time point over follow-up (test of equal proportions: $\chi^2 = 4.33$, $p = 0.2$).

Of the participants who self-reported nonadherence ''3'' (often) or greater at any time point, only one had parent and physician ratings also reflecting nonadherence ratings of ''3'' (often) or greater. Overall, agreement between participant self-report and parent and physician report was quite weak (all pairwise Kappas and weighted Kappas <0.2).

Table 2. Psychotropic Medications Prescribed at Study Intake ($N = 21$)

	Mean	*SD*
Number of psychotropic medications	2.7	1.6
Number of daily doses prescribed	2.9	1.6
	Count	%
Morning dose	14	66.7
Afternoon dose	2	9.5
Evening dose	19	90.5
Atypical antipsychotics	11	52.4
Aripiprazole	3	14.3
Risperidone	3	14.3
Quetiapine	6	28.6
Antidepressants	5	23.8
Citalopram	1	4.8
Fluoxetine	1	4.8
Desyrel	1	4.8
Bupropion	3	14.3
Sertraline	1	4.8
Stimulants	7	33.3
Dextroamphetamine	2	9.5
Methylphenidate	4	19.1
Lisdexamfetamine	1	4.8
Mood stabilizers	13	61.9
Lithium	2	9.5
Lamotrigine	13	61.9
Other	4	19.1
Levothyroxine	1	4.8
Metformin	1	4.76
Clonazepam	1	4.76
Guanfacine	1	4.76

Objective report: the MedTracker. On average, participants used the MedTracker for 79.9 days (SD = 29.6; Range 28–143), 71.2% of which were weekdays and 28.8% weekend days. The mean percentage of overall adherent days through MedTracker was 41.4%; rate of adherent days was significantly greater on weekdays than weekend days (59.7% vs. 55.7%, F = 5.41, $p = 0.02$). Mean percentage of overall adherent medication doses through MedTracker was 58.5%; five subjects (23.8%) met the accepted criteria for adherence (22) at >80% of doses.

Adherence rates significantly differed between morning (53.6%), afternoon (18%), and evening doses (69.5%) (F = 57.99, $p < 0.0001$; all pairwise comparisons $p < 0.0001$), however, it is important to note that only two subjects were prescribed an afternoon dose. There was no day-of-week by time-of-day interaction. On average, 41.5% of doses over follow-up were categorized as dose omissions. Of these, 45.7% were morning, 9.8% afternoon, and 36.3% evening. There were 4.3% wrong-time doses. Of these, 20.0% were morning, 69.2% afternoon, and 10.8% evening.

Association between subjective and objective reports of adherence. Medication adherence rates assessed through MedTracker were lower than for all subjective reporters, with low Spearman correlations between the MedTracker and self ($r_s = 0.26$), parent ($r_s = 0.29$), and physician ($r_s = 0.28$) reports.

Factors associated with adherence through MedTracker

Illness-specific factors. Diagnostic factors, including BP subtype, number of comorbid diagnoses, and age of illness onset were not associated with MedTracker dose omissions (all $ps > 0.05$). Similarly, neither presence of a comorbid ADHD/behavioral disorder nor presence of a comorbid anxiety disorder was associated with MedTracker dose omissions. Depression (KDRS) and mania (KMRS) severity scores, and percent of follow-up weeks euthymic, depressed, and hypo/manic on the ALIFE were also not associated with dose omissions (all $ps > 0.05$). However, greater CGI-BP illness severity was significantly associated with more dose omissions (OR = 2.56, F = 22.56, $p < 0.0001$).

Patient factors. Race, SES, and living situation were not associated with MedTracker dose omissions. In univariate analyses, being male and having higher BMI were associated with more dose omissions ($ps < 0.05$), however, these variables were no longer statistically significant when controlling for significant covariates (see above). There remained a negative linear relationship between weight and adherence (heavier subjects had more dose omissions; OR = 3.57, F = 12.45, $p = 0.0004$). Neither family environment (FACES-II) nor family conflict (CBQ) was associated with dose omissions. Higher total IMS score (i.e., greater self-reported barriers to adherence) was significantly associated with more dose omissions (OR = 1.10, F = 5.10, $p = 0.02$). However, this effect was driven primarily by the Cognitive Difficulties subscale (recalculation of total IMS score, excluding the Cognitive Difficulty items yielded a nonsignificant effect; see Developmental Factors, below).

Treatment factors. There was no relationship between medication type and dose omissions. Both number of doses prescribed

Downloaded by University Of Melbourne from online.liebertpub.com at 10/31/17. For personal use only.

Table 3. Results of Multivariate Analysis

Variable	*F*	p
Illness-specific factors		
CGI-BP illness severity[a]	14.98	**0.0001**
Patient factors		
Weight	0.52	0.5
Treatment factors		
Number of daily doses prescribed	5.88	**0.02**
Dosage time of day	39.26	**<0.0001**
Day of week (weekend vs. weekday)	7.46	**0.006**
Proximity to medication management visit (quadratic)	4.03	**0.04**
Developmental factors		
IMS cognitive difficulties subscale[b]	1.80	0.2

[a]Clinical Global Impressions Scale for bipolar disorder (Spearing et al. 1997).
[b]Illness management survey (Logan et al. 2003).
p-values in bold indicate statistical significance < .05

per day and number of medications prescribed per day were significantly associated with dose omissions in univariate models (i.e., more medicines and more doses were associated with more dose omissions, $ps < 0.05$), however, these two variables were highly correlated ($r = 0.87$), so only the number of doses prescribed per day remained significantly associated with dose omissions when controlling for confounding variables (OR = 3.54, F = 33.12, $p < 0.0001$). Furthermore, dosage timing was significantly related to dose omissions such that poor adherence was associated with afternoon doses, followed by morning doses and evening doses (F = 57.99, $p < 0.0001$). Additionally, participants had more dose omissions on weekend days than weekdays (F = 5.41, $p = 0.02$). Change in medication dosing (dose, time of day, number of doses) over follow-up was not associated with adherence.

An interesting pattern emerged in the MedTracker data, whereby participants had fewer dose omissions in the days leading up to, and also in the days immediately following a medication management visit (F = 18.93, $p < 0.0001$). However, percentage of medication management sessions attended during study participation was not associated with medication adherence.

Treatment provider factors. Scores on the IMS Negativity domain were not associated with MedTracker dose omissions.

Developmental factors. Of the developmental factors explored, only higher scores on IMS Cognitive Difficulties were associated with more dose omissions (OR = 1.10, F = 4.89, $p = 0.03$).

Multivariate model. In a final model, including all significant factors from each domain and the aforementioned control variables (presented in Table 3), the only factor that remained significantly associated with adherence in the presence of all other factors was CGI-BP Illness Severity (OR = 2.24, F = 14.98, $p = 0.0001$).

Discussion

To our knowledge, this is the first study to utilize a daily objective measure of prospective medication adherence among young people with BP, compare it with subjective report, and examine factors associated with adherence. Our findings provide further evidence of poor medication adherence in this population: objective data indicate 41.5% of doses (58.6% of days) were not taken as prescribed over 3 months of follow-up.

As hypothesized, subjective reports from patients, parents, and physicians overestimated adherence as compared with objective data; agreement between self, parent, and physician report of adherence was poor. Factors from multiple domains were associated with poorer adherence, including more daily doses, higher weight, dose timing (mornings/afternoons, and weekends), less proximity to medication management visit, and greater self-reported cognitive difficulties with adherence; the most potent factor associated with missed medication doses over follow-up was greater overall illness severity.

The overall rate of medication nonadherence we report is in the range of those described in other studies of youth with BP (i.e., 44%–66%; Coletti et al. 2005; Patel et al. 2005). Similar to findings across physical and mental health conditions in adolescents, we found self, parent, and physician report overestimated adherence as compared with monitoring devices (Shi et al. 2010). Factors, including social desirability, memory biases, and limited insight, may limit the accuracy of subjective methods of reporting (Sajatovic et al. 2010).

Greater illness severity emerged as the most potent factor associated with poor adherence. The specific manner in which illness severity is associated with adherence remains unclear, particularly given that no individual symptom(s) specifically accounts for the association. It is possible that the substantial heterogeneity in symptom presentation and comorbidity in this population renders it difficult to identify specific symptoms or symptom presentations that are most associated with poor adherence. Alternatively, it is possible that it is the overall burden of these heterogeneous symptoms together that incrementally contribute to poor adherence. Regardless, illness symptoms can affect judgment, cognition, and daily routines, and impairments in one or more of these processes may lead to missed doses. Additionally, poor adherence can result in greater illness severity. Future studies should aim to identify the specific pathways whereby illness severity impacts adherence to develop targeted interventions.

In keeping with the literature in adults with BP (Goodwin and Jamison 2007), we found that self-reported cognitive difficulties on the IMS were associated with lower adherence. However, it is unclear in our sample to what extent cognitive barriers are symptoms of affective and/or comorbid illnesses (e.g., ADHD) as opposed to incomplete development of reasoning capabilities associated with adolescence (Shaw 2001; Pogge et al. 2005). Regardless, intervention aimed to assist with organization and planning around medication adherence may prove beneficial.

We were surprised that most of the developmental factors examined (age, pubertal status, social influences) were not associated with medication adherence in this sample. Coletti et al. (2005) similarly found that age was not associated with adherence among youth with BP. Perhaps young people with BP experience a delay in emotional development due to their psychiatric disturbance during a sensitive developmental period, such that they experience some normative developmental challenges of adolescence at a later age than their healthy peers. Future studies may also consider additional developmental factors demonstrated to be associated with medication adherence like drives for autonomy and control (Shaw 2001; Pogge et al. 2005).

In contrast with other studies of youth with chronic illnesses (Rhee et al. 2009), other self-reported barriers to medication adherence measured on the IMS (i.e., negativity about treatment/providers, social influences, and denial) were not associated with poorer adherence. Psychoeducational approaches targeting barriers have been shown to enhance adherence among adults with BP

Downloaded by University Of Melbourne from online.liebertpub.com at 10/31/17. For personal use only.

Downloaded by University Of Melbourne from online.liebertpub.com at 10/31/17. For personal use only.

(Goodwin and Jamison 2007), however, no psychotherapy study for youth with BP to date has reported on medication adherence as an outcome (West and Pavuluri 2009).

In the present study, all participants were engaged in ongoing medication management through the specialty outpatient clinic from which they were recruited; some participants also received psychotherapy services at our clinic, some received psychotherapy with community providers, whereas others were not receiving psychotherapy at all. We did not systematically record receipt of psychotherapy services in the present study, which precluded our ability to examine potential relationships between psychosocial intervention and medication adherence. It is possible that ongoing treatment in a specialized clinic may have had an impact on the adolescent's perception of barriers. Regardless, adjunct to psychoeducation, motivational approaches aiming to resolve ambivalence about having a psychiatric illness requiring treatment may be considered (Taddeo et al. 2008). Additionally, providers should strive to build a collaborative relationship with patients by fostering open communication.

Most often, treatment for youth is initiated by parents (de Haan et al. 2013), and, therefore, family characteristics may impact treatment initiation and continuation (Armbruster and Kazdin 1994). However, with respect to patient factors, we did not find a significant association between family environment and medication adherence. Conflictual family environment has been associated with poorer treatment adherence in another study of youth with BP (Drotar et al. 2007), and in some studies of youth with other physical illnesses (Gardiner and Dvorkin 2006), whereas others have found no association between parent–adolescent conflict and adherence (Saletsky et al. 2014). Some posit that adolescents may not take recommended treatments as a means of asserting their independence (Taylor and Eminson 1994), and/or playing out family conflict. Future studies may aim to better understand the role of family factors in medication adherence among adolescents to ensure that interventions targeting adherence consider developmentally relevant family factors.

We found that youth who weighed more were less adherent with medication. We are unable to determine the temporal sequence of weight gain and medication initiation in our study design. Possibly some youth experienced weight gain as an unwanted side effect of their medication and as a result became less adherent; alternatively, youth who were heavier at medication initiation may have been less likely to adhere due to concerns about weight gain. Indeed, others report that adolescents may not adhere to medications with unwanted physical side effects due to heightened concerns with appearance (Pogge et al. 2005). Clinicians should therefore explore potential links between weight and medication adherence throughout the course of medication treatment with these youth.

In keeping with the adult literature (Goodwin and Jamison 2007), we found that greater daily dosing was associated with poorer adherence, suggesting that simpler regimens may enhance adherence. Furthermore, youth missed afternoon doses (only two subjects had afternoon dosing) and morning doses more often than evening doses, and weekend day doses more often than weekday doses. This finding is consistent with the recommendation that doses be tied to specific daily routines (e.g., brushing teeth) to enhance adherence (Velligan et al. 2009a). Systematic assessment of patterns of missed doses and subsequent problem-solving may be considered.

Finally, the finding that youth were more adherent in the days immediately preceding and following a medication management appointment is of note. Youth may change their medication-taking behavior to be in line with provider and/or parent expectations to minimize dissonance or feelings of guilt. Others may have experienced the upcoming/recent appointment as a reminder of the importance of their medication. It is possible that contact with treatment providers between appointments may enhance adherence during this vulnerable period.

Limitations

The MedTracker records the date and time of each pillbox door opening, and these data serve as a proxy for medication-taking behavior. However, we cannot ensure that the subject ingested the medication. Relatedly, when a participant was prescribed more than one medication during the same timeframe, a MedTracker compartment opening during that particular timeframe does not allow us to detect adherence with one medication, but not another. However, if the compartment was not opened during the said timeframe, we can conclude that none of the medications prescribed for that timeframe was taken. The MedTracker data do not enable us to determine the reason for any dose omission, however, we employed a method of cross-referencing each gap in MedTracker data with a participant's written log to increase the likelihood that gaps in data were accurately classified as true dose omissions versus missing data.

Additionally, the Hawthorne effect suggests that MedTracker data may not represent true adherence rates because participants modify their behavior in response to their awareness of being observed (McCarney et al. 2007). Furthermore, some studies suggest that the use of a medication monitoring device like a pillbox may enhance adherence (Azrin and Teichner 1998). We did not observe an increase in adherence over the course of MedTracker use, however, it remains possible that MedTracker use did modify medication-taking behaviors from the outset. All of these considerations suggest that the MedTracker data may overestimate adherence. Furthermore, we did not obtain collateral information on medication adherence through blood levels. Blood levels are routinely obtained only for certain medications (e.g., lithium, valproate) prescribed at low rates in our sample. Subjective ratings of adherence were retrospective, and therefore introduced methodological variance between the subjective and objective methods used in this study; relatedly, future studies may explore predictors of reliability in subjective reporting.

All participants were engaged in outpatient medication management, and some were receiving psychotherapy. These services varied, and may have differentially impacted observed rates of adherence. The sample size in this study was limited; however, we had adequate statistical power to detect moderate effect sizes. Although all of the youth in the study had a primary BP diagnosis, the sample was heterogeneous in terms of age and psychiatric comorbidity, which may have limited our ability to detect subgroup differences. Furthermore, limited diversity (i.e., largely Caucasian, middle class) may limit generalizability of the findings to more representative samples.

Finally, we did not measure some factors that demonstrated associations with adherence in other populations of chronically ill adolescents, or adults with BP, including parental monitoring of medication, specific symptoms, and side effects (Gardiner and Dvorkin 2006; Goodwin and Jamison 2007; Saletsky et al. 2014). Future studies may consider such factors in larger samples.

Clinical Significance

Young people with BP exhibit poor medication adherence when measured objectively, yet they, their parents, and treating physicians report nonadherence. Providers should thus give careful consideration to the issue of adherence when making decisions about treatment response and subsequent changes to medication regimen for youth

with BP, particularly among those youth with more severe BP illness. Given that factors from multiple domains were associated with adherence, a patient-centered motivational approach to improving adherence that allows flexibility to focus on the unique set of factors relevant in any individual case may hold greatest potential for benefit.

Acknowledgments

This study was supported by grant MH092424 (Goldstein) from NIMH. The authors thank Rachael Fersch-Podrat LCSW, Nina Hotkowski LCSW, and the staff of the child and adolescent bipolar spectrum (CABS) clinic at the University of Pittsburgh Medical Center. Statistical consultant is John Merranko MA.

Disclosures

Dr. Goldstein has received research support from NIMH, NIDA, NICHD, The Fine Foundation, The Ryan Licht Sang Foundation, The Pittsburgh Foundation, and the Brain and Behavior Foundation, and royalties from Guilford Press. Dr. Birmaher receives research support from NIMH, royalties from Random House, Inc., and Lippincott Williams & Wilkins. Dr. Axelson is a consultant for Janssen Research and Development, and receives royalties from Wolters Kluwer. Dr. Douaihy receives research support from NIMH, NIAAA, NIDA, Orexo Pharmaceuticals, Alkermes, and receives royalties from OUP and PESI Publishing and Media. All other authors have no conflicts of interest to disclose.

References

Acosta F, Ramallo-Farina Y, Boshch C, Caravaca A: Antipsychotic treatment dosing profile in patients with schizophrenia evaluated with electronic monitoring (MEMS). Schizophr Res 146:196–200, 2013.

Armbruster P, Fallon T: Clinical, sociodemographic, and systems risk factors for attrition in a children's mental health clinic. Am J Orthopsychiatry 64:577–585, 1994.

Axelson DA, Birmaher B, Brent D, Wassick S, Hoover C, Bridge J, Ryan N: A preliminary study of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children mania rating scale for children and adolescents. J Child Adol Psychop 13:463–470, 2003.

Axelson DA, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, Ryan ND, Leonard H, Iyengar S, Bridge J, Keller M: Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. Arch Gen Psychiatry 63:1139–1148, 2006.

Azrin NH, Teichner G: Evaluation of an instructional program for improving medication adherence for patients with chronic mental illness. Behav Res Ther 36:849–861, 1998.

Badiee J, Riggs PD, Rooney AS, Vaida F, Grant I, Atkinson H, Moore D: Approaches to identifying appropriate medication adherence assessments for HIV infected individuals with comorbid bipolar disorder. AIDS Patient Care 26:388–394, 2012.

Bhowmik D, Aparasu R, Rajan S, Sherer J, Ocoa-Perez M, Chen, H: The utilization of psychopharmacological treatment and medication adherence among medicaid enrolled children and adolescents with bipolar depression. J Affect Disorders 150:424–429, 2013.

Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, Ryan ND, Leonard H, Hunt J, Iyengar S, Keller M: Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. Arch Gen Psychiatry 63:175–183, 2006.

Birmaher B, Axelson DA, Goldstein BI, Strober M, Gill MK, Hunt J, Houck P, Ha W, Iyengar S, Kim E, Yen S, Hower H, Esposito C, Goldstein TR, Ryan ND, Keller M: Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. Am J Psychiatry 166:795–804. 2009.

Byerly M, Fisher RK, Whatley K, Holland R, Varghese F, Carmody T, Magouirk B, Rush AJ: A comparison of electronic monitoring vs. clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. Psychiatry Res 133:129–133, 2005.

Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi MA, Davies M: The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview: Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. Arch Gen Psychiatry 42:696–702, 1985.

Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Tabrizi MA, Johnson R: The schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children. Arch Gen Psychiatry 42:696–702, 1985.

Coletti DJ, Leigh E, Gallelli KA, Kantafaris V: Patterns of adherence to treatment in adolescents with bipolar disorder. J Child Adol Psychop 15:913–917, 2005.

Cramer JA, Rosenheck R: Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatry Serv 49:196–201, 1998.

de Haan AM, Boon AE, de Jong JT, Hoeve M, Vermeiren RR: A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care. Clin Psychol Rev 33:698–711, 2013.

DelBello MP, Hanseman D, Adler C, Fleck DE, Strakowski SM: Twelve month outcome of adolescents with bipolar disorder following first-hospitalization for a manic or mixed episode. Am J Psychiatry 164:582–590, 2007.

Drotar D, Greenely RN, Demeter CA: Adherence to pharmacological treatment for juvenile bipolar disorder. J Am Acad Child Psy 46:831–839, 2007.

Durrenberger S, Rogers T, Walker R, deLeon J: Economic grand rounds: The high costs of care for four patients with mania who were not compliant with treatment. Psychiatry Serv 50:1539–1542, 1999.

Gardiner P, Dvorkin L: Promoting adherence in children. 2006 Available at www.aafp.prg. Accessed July 14, 2015.

Gearing RE, Mian IA: An approach to maximizing the treatment adherence of children and adolescents with psychotic disorders and major mood disorders. Can Child Adolesc Psychiatry Rev 14:106–113, 2005.

Gearing RE, Mian IA, Sholonsky A, Barber J, Nicholas D, Lewis R, Solomon L, Williams C, Lightbody S. Steele M, Davidson B, Manchanda R. Joseph L, Handelman K, Ickowicz A: Developing a risk model of time to first-relapse for children and adolescents with a psychotic disorder. J Nerv Ment Dis 197:6–14, 2009.

Geller B, Tillman R, Bolhofner K, Zimerman B: Pharmacological and non-drug treatment of child bipolar I disorder during prospective eight-year follow-up. Bipolar Disord 12:164–171, 2010.

Goldstein TR, Birmaher B, Axelson DA, Goldstein BI, Gill MK, Smythers C,Ryan ND, Strober M, Hunt J, Keller M: Psychosocial functioning among bipolar youth. J Affect Disord 114:174–183, 2010.

Goldstein TR, Ha W, Axelson DA, Goldstein B I, Liao F, Gill MK, Ryan ND, Yen S, Hunt J, Hower H, Keller M, Strober M, Birmaher B: Predictors of prospectively observed suicide attempts among youth with bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry 69:1113–1122, 2012.

Goodwin G, Jamison KR: Medication adherence. In: Manic-Depressive Illness. New York, Oxford University Press, 2007 Vol 2, pp. 849–865.

Goodwin G, Jamison KR: Psychotherapy. In: Manic-Depressive Illness. New York, Oxford University Press, 2007 Vol 2, pp. 869–905.

Hack S, Chow B: Pediatric psychotropic medication compliance: A literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. J Child Adol Psychop 11:59–67, 2001.

Downloaded by University Of Melbourne from online.liebertpub.com at 10/31/17. For personal use only.

Downloaded by University Of Melbourne from online.liebertpub.com at 10/31/17. For personal use only.

Hayes T, Hunt J, Adami A, Kaye J: An Electronic Pillbox for Continuous Monitoring of Medication Adherence. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Sci 1:6400–6403, 2006.

Hollingshead A: Four-factor Index of Social Status. New Haven, Yale University, 1975.

Jamison KR, Gerner RH, Goodwin FK: Patient and physician attitudes toward lithium: Relationship to adherence. Arch Gen Psychiatry 36:866–869, 1979.

Jonsdottir H, Opjordsmoen S, Birkenaes A, Engh JA, Ringen PA, Vaskinn A, Aamo T, Friis S, Andreassen OA: Medication adherence in outpatients with severe mental disorders: Relation between self-reports and serum level. J Clin Psychop 30:169–175, 2010.

Kane JM: Compliance issues in outpaitent treatment. J Clin Psychop 5:22–27, 1985.

Keller MB, Lavori PW, Friedman B, Nielsen E, Endicott J, McDonald-Scott P, Andreasen NC: The Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation: A comprehensive method for outcome in prospective longitudinal studies. Arch Gen Psychiatry 44:540–548,1987.

Kenward MG: A method for comparing profiles of repeated measurements. Appl Statist 36:296–308, 1987.

Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B, Wagner KD, Findling RL, Hellander M; and the child psychiatric workgroup on bipolar disorder: Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. J Am Acad Child Psy 44:213–235, 2005.

Liu HY, Potter MP, Woodworth KY, Yorks DM, Petty CR, Wozniak JR, Faraone SV, Biederman J: Pharmacologic treatments for pediatric bipolar disorder: A review and meta-analysis. J Am Acad Child Psy 50:749–762, 2011.

Logan D, Zelikovsky N, Labay L, Spergel J: The illness management survey: Identifying adolescents' perceptions of barriers to adherence. J Pediatr Psychol 28:383–392, 2003.

McCarney R, Warner J, Iliffe S, van Haselen R, Griffin M, Fisher P: The hawthorne effect: A randomised controlled trial. BMC Med Res Methodol 7:30, 2007.

Muller-Oerlinghausen B, Wolf T, Ahrens B, Glaenz T, Schou M, Grof E, Grof P, Lenz G, Simhandi C, Thau K, Vestergaard P, Wolf R: Mortality of patients who dropped out from regular lithium prophylaxis: A collaborative study by the International Group for the Study of Lithium-Treated Patients (IGSLI). Acta Psychiatry Scand 94:344–347, 1996.

Olsen DH, Portner J, Lavee Y: Family Adaptability and Cohension Evaluation Scales (FACES-II). Minneapolis, MN, University of Minnesota Press, 1985.

Patel NC, DelBello MP, Keck PE, Strakowski SM: Ethnic differences in maintenance antipsychotic prescription among adolescents with bipolar disorder. J Child Adol Psychop 15:938–946, 2005.

Pavuluri MN, Henry DB, Findling RL, Parnes S, Carbray JA, Mohammed T, Janicak PG, Sweeney JA: Double-blind randomized trial of riperidone versus divalproex in pediatric bipolar disorder. Bipolar Disord 12:593–605, 2010.

Peterson AC, Crockett L, Richards M, Boxer A: A self-report measure of pubertal status: Reliability, validity and initial norms. J Youth Adolescence 17:133, 1988.

Pogge D, Singer M, Harvey P: Rates and predictors of adherence with atypical antipsychotic medication: A follow-up study of adolescent inpatients. J Child Adol Psychop 15:901–912, 2005.

Rhee H, Belyea MJ, Ciurzynski S, Brasch J: Barriers to asthma self-management in adolescents: Relationships to psychosocial factors. Pediatr Pulm 44:183–191, 2009.

Robin AL, Foster SL: The conflict behavior questionnaire. In: Dictionary of Behaviorial Assessment Techniques. Edited by Hersen M, Bellack AS. New York, Pergamon, 1995, pp. 148–150.

Sajatovic M, Velligan DI, Weiden PJ, Valenstein MA, Ogedegbe G: Measurement of psychiatric treatment adherence. J Psychosom Res 69:591–5999, 2010.

Saletsky RD, Trief PM, Anderson BJ, Rosenbaum P, Weinstock RS: Parenting style, parent-youth conflict, and medication adherence in youth with type 2 diabetes participating in an intensive lifestyle change intervention. Fam Syst Health 32:176–185, 2014.

Scott J, Pope M: Nonadherence with mood stabilizers: Prevalence and predictors. J Clin Psychiatry 63:384–390, 2002.

Shaw RJ: Treatment adherence in adolescents: Development and psychopathology. Clin Child Psychol Psychiatry 6:137–150, 2001.

Shi L, Liu J, Koleva Y, Fonseca V, Kalsekar A, Pawaskar M: Concordance of adherence measurement using self-reported adherence questionnaires and medication monitoring devices. Pharmacoeconomics 28:1097–1107, 2010.

Shieh G: Power and sample size calculations for multivariate linear models with random explanatory variables. Psychometrika 70:347–358, 2005.

Spearing MK, Post RM, Leverich G, Brandt D, Nolen WA: Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) Scale for bipolar illness: The CGI-BP. Psychiatry Res 73:159–171, 1997.

Stephenson JJ, Tuncelli O, Gu T, Eisenberg DM, Panish J, Crivera C, Dirani R: Adherence to oral second-generation antipsychotic medications in schizophrenia and bipolar disorder: Physicians' perceptions of adherence vs. pharmacy claims. Int J Clin Pract 66:565–573, 2012.

Taddeo D, Egedy M, Frappier J: Adherence to treatment in adolescents. Paediatr Child Health, 13:19–24, 2008.

Taylor D, Eminson D: Psychological aspects of chronic physical illness. In: Child and adolescent psychiatry. Edited by Rutter ME, Taylor L, Hersov L. New York, Oxford Press, 1994, pp. 737–748.

Van Meter AR, Moreira AL, Youngstrom EA: Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. J Clin Psychiatry 72:1250–1256, 2011.

Velligan DI, Weiden P, Sajatovic M, Scott J, Carpenter DJ, Ross R, Docherty JP: The expert consensus guideline series: Adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry 70:3–46, 2009a.

Velligan DI, Weiden P, Sajatovic M, Scott J, Carpenter DJ, Ross R, Docherty JP: Expert consensus panel on adherence problems in persistent mental illness. J Clin Psychiatry 70:1–46, 2009b.

West A, Pavuluri MN: Psychosocial treatments for childhood and adolescent bipolar disorder. Child Adol Psych Cl 18:471–482, 2009.

World Health Organization: Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. WHO Marketing and Dissemination, Geneva, Switzerland, 2003.

Yazdi K, Unterlass G, Kemmler G, Kralovec K, Aichorn W: Factors influencing adherence in children and adolescents treated with antipsychotics or antidepressants. J Clin Psychiatry 10:160–161, 2008.

Address correspondence to:
Tina Goldstein, PhD
Western Psychiatric Institute and Clinic
University of Pittsburgh Medical Center
3811 O'Hara St, BFT#531
Pittsburgh, PA, 15213

E-mail: goldsteintr@upmc.edu

LO MEJOR DEL CONGRESO ECNP 2014

www.psiquiTV.com

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:47:37 +01'00'

Acredita por el presente diploma que

Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro

HA APROBADO EL CURSO DE FORMACIÓN NO PRESENCIAL

Lo Mejor del Congreso ECNP 2014 - Edición III

Fecha Inicio: 26/11/2014

Fecha Finalización: 05/12/2014

Esta actividad docente (07-AFOC-05610.6/2014), está acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Sistema Nacional de Salud, con 2,2 créditos de formación continuada para las profesiones: MÉDICO

Madrid, 8 de diciembre de 2014

Prof. Miguel Bernardo Arroyo
Presidente de la SEPB

Prof. Miguel Gutierrez Fraile
Presidente de la SEP

SEPB
Sociedad Española de Psiquiatría Biológica

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson&Johnson

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:47:03 +01'00'

D. José Antonio Sánchez Padilla, Jefe de Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.

CERTIFICA

Que,.....Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez - Cano, DNI 70582445-E

Ha asistido al seminario **"Psicopatología del Desarrollo en los Trastornos de Personalidad en la Adolescencia: Un Marco de tratamiento basado en la mentalización",** celebrado el día 13 y 14 de febrero de 2015 en Las Palmas de Gran Canaria.

Las Palmas de Gran Canaria, 14 de febrero de 2015.

Dirección General de Programas Asistenciales
Servicio Canario de Salud
Sº DE SALUD MENTAL

cjrodrod

Firmado digitalmente
por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13
09:46:33 +01'00'

2015 ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology

This certificate indicates that

Carlos J. Rodriguez, Spain

took part in the ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology
1-6 March 2015, Venice, Italy

Alessandro Zuddas
Local coordinator ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology

ECNP european college of neuropsychopharmacology

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:46:07 +01'00'

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL

MENTAL HEALTH EUROPE
SANTE MENTALE EUROPE

D. Miguel Sánchez Bujaldón, Secretario de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, de la que es Presidenta D.ª Aurora Sánchez González.

Informa que:

D. Juan Pedro Fragiel Jiménez, Dª. Laura De León Espinel y D. Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro.

Son AUTORES del PÓSTER titulado:

"Beneficios en el lenguaje Verbal a través de un Taller de Lectura en una unidad Psiquiátrica de Agudos."

Dicho póster ha sido expuesto en el **XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental** y **2.ª Conferencia Internacional de Enfermería de Salud Mental**, que han tenido lugar en esta ciudad los días del 27 al 29 de los corrientes.

Y para que conste, expido el presente en Burgos a veintinueve de mayo de dos mil quince.

V.º B.º
LA PRESIDENTA

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:45:40 +01'00'

268

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL

MENTAL HEALTH EUROPE
SANTE MENTALE EUROPE

D. Miguel Sánchez Bujaldón, Secretario de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, de la que es Presidenta D.ª Aurora Sánchez González.

Informa que:

D. Juan Pedro Fragiel Jiménez, Dª. Laura De León Espinel y D. Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro.

Son AUTORES del PÓSTER titulado:

"*Mejora de las emociones a través de un Taller de Lectura en una unidad de Psiquiatrica de Agudos*"

Dicho póster ha sido expuesto en el **XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental** y **2.ª Conferencia Internacional de Enfermería de Salud Mental**, que han tenido lugar en esta ciudad los días del 27 al 29 de los corrientes.

Y para que conste, expido el presente en Burgos a veintinueve de mayo de dos mil quince.

V.º B.º
LA PRESIDENTA

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL

XVIII CONGRESO NACIONAL D PSIQUIATRIA

SANTIAGO DE COMPOSTELA 2015

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:44:53 +01'00'

CERTIFICADO:

El **Póster** titulado:

EL ESTRÉS EN EL INMIGRANTE, SÍNDROME DE ULISES, A PROPÓSITO DE UN CASO

de los autores:

ELENA DÍAZ MIRANDA, ENCARNA MUÑOZ DÍAZ, AMPARO GONZÁLEZ YAGO, CARLOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ CARO, MÓNICA FLORIDO RODRÍGUEZ

ha sido presentado en el **XVIII Congreso Nacional de Psquiatría**
celebrado en Santiago de Compostela del 24 al 26 de Septiembre de 2015.

Y para que así conste, a los efectos oportunos,
firmo el presente Certificado en Santiago de Compostela a 26 de Septiembre de 2015.

Francisco Vidal Pardo
Presidente del Comité Organizador

Mario Páramo Fernández
Secretario del Comité Organizador

WPA World Psychiatric Association · Asociación Gallega de Psiquiatría · Sociedad Española de Psiquiatría · SEPB · FEPSM Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental · APAL

XVIII CONGRESO NACIONAL D PSIQUIATRIA

SANTIAGO DE COMPOSTELA 2015

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:44:18 +01'00'

CERTIFICADO:

El **Póster** titulado:

EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA CON PALMITATO DE PALIPERIDONA

de los autores:

AMPARO GONZÁLEZ YAGO, MÓNICA FLORIDO RODRÍGUEZ, ELENA DÍAZ MIRANDA, CARLOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ CARO, ENCARNA MUÑOZ DÍAZ

ha sido presentado en el **XVIII Congreso Nacional de Psquiatría**
celebrado en Santiago de Compostela del 24 al 26 de Septiembre de 2015.

Y para que así conste, a los efectos oportunos,
firmo el presente Certificado en Santiago de Compostela a 26 de Septiembre de 2015.

Francisco Vidal Pardo
Presidente del Comité Organizador

Mario Páramo Fernández
Secretario del Comité Organizador

XVIII CONGRESO NACIONAL D PSIQUIATRIA

SANTIAGO DE COMPOSTELA 2015

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:43:51 +01'00'

CERTIFICADO:

El **Póster** titulado:

FIBROMIALGIA Y PSIQUIATRÍA, SALUD PERCIBIDA

de los autores:

ELENA DÍAZ MIRANDA, MÓNICA FLORIDO RODRÍGUEZ, AMPARO GONZÁLEZ YAGO, ENCARNA MUÑOZ DÍAZ, CARLOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ CARO

ha sido presentado en el **XVIII Congreso Nacional de Psquiatría**
celebrado en Santiago de Compostela del 24 al 26 de Septiembre de 2015.

Y para que así conste, a los efectos oportunos,
firmo el presente Certificado en Santiago de Compostela a 26 de Septiembre de 2015.

Francisco Vidal Pardo
Presidente del Comité Organizador

Mario Páramo Fernández
Secretario del Comité Organizador

XVIII CONGRESO NACIONAL D PSIQUIATRIA

SANTIAGO DE COMPOSTELA 2015

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:43:24 +01'00'

CERTIFICADO:

El **Póster** titulado:

LOCURA MIXEDEMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

de los autores:

MARIA AMPARO GONZÁLEZ YAGO, ELENA DIAZ MIRANDA, MONICA FLORIDO RODRIGUEZ, CARLOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ CARO, JOSE LUIS GÓMEZ JUÁREZ

ha sido presentado en el **XVIII Congreso Nacional de Psquiatría**
celebrado en Santiago de Compostela del 24 al 26 de Septiembre de 2015.

Y para que así conste, a los efectos oportunos,
firmo el presente Certificado en Santiago de Compostela a 26 de Septiembre de 2015.

Francisco Vidal Pardo
Presidente del Comité Organizador

Mario Páramo Fernández
Secretario del Comité Organizador

XVIII CONGRESO NACIONAL D PSIQUIATRIA

SANTIAGO DE COMPOSTELA 2015

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:42:56 +01'00'

CERTIFICADO:

El **Póster** titulado:

NEFROTOXICIDAD CRÓNICA POR LITIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

de los autores:

MARIA AMPARO GONZÁLEZ YAGO, ELENA DIAZ MIRANDA, MONICA FLORIDO RODRIGUEZ, CARLOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ CARO, JOSE LUIS GÓMEZ JUÁREZ

ha sido presentado en el **XVIII Congreso Nacional de Psquiatría**
celebrado en Santiago de Compostela del 24 al 26 de Septiembre de 2015.

Y para que así conste, a los efectos oportunos,
firmo el presente Certificado en Santiago de Compostela a 26 de Septiembre de 2015.

Francisco Vidal Pardo
Presidente del Comité Organizador

Mario Páramo Fernández
Secretario del Comité Organizador

XVIII CONGRESO NACIONAL D PSIQUIATRIA

SANTIAGO DE COMPOSTELA 2015

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:42:09 +01'00'

CERTIFICADO:

El **Póster** titulado:

NEUROTOXICIDAD POR LITIO EN RANGO TERAPÉUTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

de los autores:

ELENA DÍAZ MIRANDA, AMPARO GONZÁLEZ YAGO, MÓNICA FLORIDO RODRÍGUEZ, CARLOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ CARO, ENCARNA MUÑOZ DÍAZ

ha sido presentado en el **XVIII Congreso Nacional de Psquiatría**
celebrado en Santiago de Compostela del 24 al 26 de Septiembre de 2015.

Y para que así conste, a los efectos oportunos,
firmo el presente Certificado en Santiago de Compostela a 26 de Septiembre de 2015.

Francisco Vidal Pardo
Presidente del Comité Organizador

Mario Páramo Fernández
Secretario del Comité Organizador

WPA World Psychiatric Association · Asociación Galega de Psiquiatría · Sociedad Española de Psiquiatría · SEPB · FEPSM Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental · APAL

Universitat de Barcelona

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Bellvitge
Hospital Universitari
Institut Català de la Salut

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:41:21 +01'00'

Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Cano

Ha asistido al

Intensivo en Terapia Electroconvulsiva y otras Terapias Físicas. XVIII Edición. De 35 horas de duración que ha tenido lugar en el Hospital Universitari de Bellvitge del 16 al 20 de noviembre de 2015

Consell Català de Formació Continuada Professions Sanitàries

Actividad acreditada por el *Consell Català de Formació Mèdica Continuada de les Professions Sanitàries* y por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con 6,6 créditos

Expediente núm. 09/013936-MD

Dr. Carlos Bartolomé Sarvise
Director Médico

Dr. José Manuel Menchón Magriñá
Jefe del Servicio

Dr. Mikel Urretavizcaya Sarachaga
Coordinador del Curso

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod Fecha: 2018.05.13 09:40:51 +01'00'

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN

La Fundación para la Formación de la Organización Médica colegial certifica que:

CARLOS JESÚS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-

ha superado el curso

Curso de Medicina Tropical para voluntarios y cooperantes 2ª Edición

Fecha de realización: Del 30 de Noviembre de 2015 al 13 de Marzo de 2016

Esta actividad docente con Nº de Expediente 07-AFOC-04551.5/2015 está acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema de Salud, con **9,4 créditos** de formación continuada con un total de **60 horas lectivas**, para las profesiones de: **Medicina y Enfermería.** Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud. Enseñanza no reglada y sin carácter oficial.

02 mayo 2016 (Fecha de expedición)

Secretario General de la Fundación para la Formación de la OMC

D. JUAN MANUEL GARROTE DÍAZ

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | FUNDACIÓN PARA LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

cjrodrod
Firmado digitalmente
por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13
09:40:11 +01'00'

psiquiatria.com

CERTIFICADO DE FORMACIÓN

XVII Congreso Virtual
Internacional de Psiquiatría
Interpsiquis 2016

Psiquiatria.com

Certifica que

Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro

ha participado como asistente virtual, con aprovechamiento, en el

XVII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL DE PSIQUIATRIA.COM

INTERPSIQUIS 2016

celebrado a través de la red Internet entre los días 1 y
29 de febrero de 2016, y organizado por PSIQUIATRIA.COM

Comisión de Formación Continuada
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

7,3 créditos
(Exp. 04-0010-07/0258-A)

Dr. Pedro Moreno Gea
Copresidente de Interpsiquis 2016
www.psiquiatria.com
Palma de Mallorca, 31 de marzo de 2016

Logalty Guid: 001001-0001-000000007642864.par - Date: 2016/04/20 T 11:36:02 CEST +0200 - Pages: 1/1

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:39:43 +01'00'

La Dirección de la Zona Básica de Salud de Puerto del Rosario y el Equipo de Atención Primaria, AGRADECEN a

D. Carlos Rodríguez Rodríguez-Caro

su participación en nuestra formación continuada del año 2016 con la charla

Programa multidisciplinar de intervención grupal para pacientes en espera de cirugía bariátrica.

el 13 de Abril de 2016 en el Centro de Salud Dr. Arístides Hernández Morán de Puerto del Rosario.

LA DIRECCIÓN DE LA Z.B.S.

Fdo.: Alejandro Bonadeo
PO Lucía Tejera Pulido

Puerto del Rosario a 14 de diciembre de 2016

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:39:13 +01'00'

Certificate of Attendance

This certificate confirms that

CARLOS JESÚS R. RODRÍGUEZ-CARO

attended the meeting

Mental Health Futures: Schizophrenia Masterclass

A 13 hour European schizophrenia-training event under the chairmanship of Professor Christoph Correll

15–16 April 2016

Warsaw, Poland

Otsuka

This meeting was organised and funded by Otsuka and H. Lundbeck A/S

Lundbeck

Date of preparation: February 2016
OPEL/0116/MTN/1006t

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 11:34:47 +01'00'

Servicio Canario de la Salud
Gerencia de Servicios Sanitarios
Área de Salud de Fuerteventura

Gobierno de Canarias

Diploma

CARLOS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO

Ha participado, en calidad de docente/ponente, en el Curso **"MANEJO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS"**, de modalidad presencial, organizado por la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Fuerteventura, los días 18 y 19 de abril de 2016.

Horas de formación impartidas: 5 horas

Actividad acreditada por la **Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias con nº de expediente 05-212-27A .**

Puerto del Rosario, a 26 de abril de 2016

D. José Luis Rodríguez Cubas
Gerente de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Fuerteventura

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:38:22 +01'00'

Por la presente certificamos que,

DR. CARLOS JESÚS RODRIGUEZ RODRIGUEZ-CARO

ha asistido al

XI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad

celebrado en el Palacio de Congresos El Greco de Toledo, los días 26 al 28 de mayo de 2016.

Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid - Sistema Nacional de Salud con 2,1 créditos.
Nº expediente: 07-AFOC-03759.3/2016

Comisión de Formación Continuada
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid

Y para que conste donde convenga, se expide el presente certificado en Toledo a 25 de Mayo de 2016.

Jose Luis Carrasco Perea
Presidente del XI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad

"Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud. Enseñanza no reglada y sin carácter oficial"

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:36:56 +01'00'

Psiquiatria.com - Cursos 2016

Certificado de Participación

***

D. Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro

ha participado con aprovechamiento en el curso

"Delgada-Mente. Psicología de la alimentación cotidiana (3ª Ed.)"

realizado a través de la red Internet los días

del 10 de Junio al 8 de Julio de 2016

con un total de 90 horas lectivas

e impartido por el docente:

Dña. Maria del Rosario Torrealba

***

Organizado por Cursos Psiquiatria.com
C/Valldargent, 27 bajos – Baleares – 07013 - España

Laura Riera Forteza
Responsable del Área Formación

http://cursos.psiquiatria.com/ - cursos@psiquiatria.com

psiquiatria.com

Logalty Guid: 001001-0001-0000000085991142.par - Date: 2016/07/19 T 13:49:56 CEST +0200 - Pages: 1/1

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 11:35:34 +01'00'

Servicio Canario de la Salud
Gerencia de Servicios Sanitarios
Área de Salud de Fuerteventura

Gobierno de Canarias

Diploma

CARLOS JESÚS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO

70582445E

Ha realizado con aprovechamiento el Curso **"R.C.P. Básica Instrumentalizada y Desfibrilador Semiautomático (DESA)"**, de modalidad semipresencial, organizado por la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Fuerteventura,los días 19 y 20 de Septiembre de 2016.

Número de créditos: 4

Actividad acreditada por la **Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias** con nº de expediente **05-212-25A** (enseñanza no reglada y sin carácter oficial). Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales que participen en la misma y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.

Puerto del Rosario, a 3 de Octubre de 2016

D. José Luis Rodríguez Cubas
Gerente de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Fuerteventura

Comisión de Formación Continuada
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 11:36:03 +01'00'

Servicio Canario de la Salud
Gerencia de Servicios Sanitarios
Área de Salud de Fuerteventura

Gobierno de Canarias

Diploma

Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro

70582445E

Ha realizado con aprovechamiento el Curso **"PIENSA: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN PSICOSIS ADOLESCENTE"**, de modalidad presencial, organizado por la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Fuerteventura, durante los días 2 y 3 de Septiembre de 2016

Número de créditos: 1

Actividad acreditada por la **Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias** con nº de expediente **05-212-30A** (enseñanza no reglada y sin carácter oficial). Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales que participen en la misma y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.

Puerto del Rosario, a 19 de Sptiembre 2016

D. José Luis Rodríguez Cubas
Gerente de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Fuerteventura

SERVICIO CANARIO DE SALUD
SERVICIOS SANITARIOS
FUERTEVENTURA

Comisión de Formación Continuada
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:29:36 +01'00'

La Dirección de la Zona Básica de Salud de Puerto del Rosario y el Equipo de Atención Primaria, AGRADECEN a

D. Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro

su participación en nuestra formación continuada del año 2016 con la charla

Grupo de apoyo a la pérdida gestacional y perinatal

el 19 de Octubre de 2016 en el Centro de Salud Dr. Arístides Hernández Morán de Puerto del Rosario.

LA DIRECCIÓN DE LA Z.B.S.

Fdo.: Alejandro Bonadeo
PO Lucía Tejera Pulido

Puerto del Rosario a 14 de diciembre de 2016

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod Fecha: 2018.05.13 11:39:17 +01'00'

saned GRUPO

Sanidad y Ediciones SANED S.L. como entidad proveedora de la actividad formativa realizada entre diciembre 2015 y noviembre 2016, equivalente a 20 horas de formación.

Casos clínicos en trastorno bipolar

Enseñanza no reglada y sin caracter oficial.

Certifica que:

Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez Rodríg

ha superado la prueba de evaluación exigida. Esta actividad docente con nº de expediente 07-AFOC-05589.5/2015, ha sido acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud, con 3 créditos de formación continuada para las profesiones: Medicina.
Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.

En Madrid, a 2 de diciembre de 2016

saned
C/ Capitán Haya, 60 - 28020 MADRID
Tel. 91 749 05 10 - Fax 91 749 95 01

Francisco Bascuas
Consejero Delegado

COD-CERT: raspexn3SI

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 11:39:48 +01'00'

saned GRUPO

Sanidad y Ediciones SANED S.L. como entidad proveedora de la actividad formativa realizada entre enero 2016 y enero 2017, equivalente a 32 horas de formación.

Comorbilidad psiquiátrica en los trastornos por uso de alcohol

Enseñanza no reglada y sin caracter oficial.

Certifica que:

Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro

ha superado la prueba de evaluación exigida. Esta actividad docente con nº de expediente 07-AFOC-00352.8/2016, ha sido acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud, con 5,7 créditos de formación continuada para las profesiones: Medicina.
Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.

En Madrid, a 14 de diciembre de 2016

saned
C/ Capitán Haya, 60 - 28020 MADRID
Tel. 91 749 95 10 - Fax 91 749 96 01

Francisco Bascuas
Consejero Delegado

COD-CERT: xgUDgzLCdp

cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:27:16 +01'00'

Servicio Canario de la Salud
Gerencia de Servicios Sanitarios
Área de Salud de Fuerteventura

Gobierno de Canarias

Diploma

D.*Carlos Jesús Rodríguez Rodríguez-Caro, con DNI 70582445E*

Ha participado, en calidad de **docente/ponente**, en el Curso **"URGENCIAS PSIQUIATRICAS"**, de modalidad presencial, organizado por la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Fuerteventura, el 5 de julio de 2017.

Horas de formación impartidas: 1 hora.

Actividad acreditada por la **Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias con nº de expediente 05-212-66A .**

Puerto del Rosario, a 1 de agosto de 2017.

SERVICIO CANARIO DE SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS
FUERTEVENTURA

D. Jesús Florez Magadán
Gerente de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Fuerteventura

Profármaco.2
FORMACIÓN CONTINUADA
Comunicación Científico-Médica

Diploma

Otorgado a cjrodrod

Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 11:40:22 +01'00'

CARLOS JESÚS RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ-CARO

DNI: 70582445E

Como acreditación, al haber superado la prueba correspondiente al Programa de Formación de 33 horas lectivas:

Evidencia y herramientas para abordar al paciente con trastornos relacionados con el alcohol

Periodo de desarrollo del curso: del 1 de agosto de 2017 al 31 de julio de 2018

Barcelona a 21 de Diciembre de 2017

PROFÁRMACO-2, S.L.

Firmado digitalmente por JOSÉ JAVIER TAPOUNET LASTERRA Fecha: 2017.12.21

Dr. José Javier Tapounet
Director del Departamento Médico

Patrocinado por

Lundbeck

Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias con **5,6 créditos** y registrada con el núm. **09/019616-MD**

Osakidetza

Red de Salud Mental de Araba
HUA – Sede Santiago
Departamento de Neurociencias de U.P.V.

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:23:42 +01'00'

D I P L O M A:

A FAVOR DE:

D. /Dª: CARLOS JESÚS RODRIGUEZ RODRIGUEZ-CARO

POR SU PARTICIPACIÓN COMO **ASISTENTE** EN EL XXVI CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA: "EL RETO DE LA RECUPERACIÓN EN PSIQUIATRÍA", ORGANIZADO POR LA RED DE SALUD MENTAL DE ARABA, EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ÁLAVA – SEDE SANTIAGO, OSAKIDETZA Y EL DEPARTAMENTO DE NEUROCIENCIAS DE LA UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO.

CELEBRADO LOS DÍAS 28 DE FEBRERO, 1, 2 Y 3 DE MARZO DE 2018, CON UNA DURACIÓN DE 21 HORAS LECTIVAS.
ACTIVIDAD ACTUALMENTE EN PROCESO DE ACREDITACIÓN POR EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSEJO VASCO DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DEL GOBIERNO VASCO, DECLARADA DE INTERÉS CIENTÍFICO POR LA SEP Y DECLARADA DE INTERÉS CIENTÍFICO POR LA SEPB.

VITORIA-GASTEIZ, 03 DE MARZO DE 2018

LA DIRECCIÓN DEL CURSO

FDO.: DR.GUTIERREZ FDO.: DRA. GLZ-PINTO FDO.: DR. ELIZAGÁRATE FDO.: DR. SÁNCHEZ

Servicio Canario de la Salud
DIRECCIÓN GENERAL
PROGRAMAS ASISTENCIALES

Servicio de Salud Mental

Gobierno de Canarias

cjrodrod Firmado digitalmente por cjrodrod
Fecha: 2018.05.13 09:22:38 +01'00'

Dª Mª Adelaida Gutiérrez León, Coordinadora del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.

CERTIFICA

Que D. /Dª. CARLOS RODRIGUEZ RODRIGUEZ-CARO 70582445E

Ha asistido al seminario **"Intervención grupal en Terapia Dialéctica Conductual"**

Celebrado los días 12,13 y 14 de Marzo en horario de 8:00 a 18:00 horas en el Hospital Universitario de Canarias.

Santa Cruz de Tenerife, a 14 de Marzo de 2018

Pérez de Rozas, 5 - 3. º
Tlfno.: 922 47 58 02
Fax: 922 47 57 35
38071 Santa Cruz de Tenerife

Plaza Dr. Juan Bosch Millares, nº 1
Tlfno.: 928 30 27 43
Fax: 928 30 27 44
35004 Las Palmas de Gran Canaria

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:
MARIA ADELAIDA GUTIERREZ LEON - TITULADO SUPERIOR | Fecha: 14/03/2018 - 14:00:16
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente:
0iEfAdqUZ2YDo4Q87DVweqFtbouIfmHni
El presente documento ha sido descargado el 14/03/2018 - 14:02:23